

VICTOR MENESES DE MELO

**UMA EXPERIÊNCIA BASEADA NO APOIO
MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL: estratégia
para um atendimento integral.**

ASSIS

2009

VICTOR MENESES DE MELO

**UMA EXPERIÊNCIA BASEADA NO APOIO MATRICIAL
EM SAÚDE MENTAL: estratégia para um atendimento
integral**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP – Universidade Estadual Paulista para a obtenção do título de Mestre em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade).

Orientador: Dr. Sílvio Yasui.

ASSIS

2009

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M528e	Melo, Victor Meneses de Uma experiência baseada no Apoio Matricial em Saúde Mental : estratégia para um atendimento integral / Victor Meneses de Melo. Assis, 2008. 104 f. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista. 1. Serviços de saúde mental. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Autor. II. Título. CDD 362.2
-------	---

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Mariano (meu pai) e a Preta (minha mãe) que não só me colocaram ao mundo, mas também o deram a mim.

Aos meus irmãos Carla, Alexandre e Igor que também ganharam o mundo e o dividem comigo.

Ao Rodrigo que me acompanhou e acompanha em muitas filosofias.

Aos meus sobrinhos Mariana, Graziela, Lucas e João Vitor que me mostram, a cada dia, que a vida não para de se transformar.

Aos meus avôs e minhas avós, em especial à Vó Maria.

A todos os tios e tias, em homenagem e em memória, à tia Zápia, à tia Lopa e ao Natanael.

A todos os primos e primas, os conhecidos.

A todos os colegas de trabalho, principalmente àqueles que já me acompanharam nas viagens relacionadas a essa pesquisa.

Aos participantes dessa pesquisa, muito obrigado.

Àqueles professores que acreditaram e acreditam no meu potencial e de todos os estudantes que passaram e passam pelas salas em que dão aula.

Ao orientador Sílvio que acreditou nessa pesquisa.

Obrigado.

O homem do conhecimento não precisa somente amar seus inimigos, precisa também
poder odiar seus amigos.
(Nietzsche, Ecce Homo)

RESUMO

O objetivo desse projeto é discutir a interseção entre uma experiência orientada pela metodologia do Apoio Matricial e a Atenção Psicossocial, sob o prisma da integralidade na criação de novas formas de cuidados alternativas às do Modo Asilar. Isso será feito por meio da discussão de uma singular trajetória de construção de um projeto terapêutico no serviço público de saúde de uma cidade de pequeno porte do oeste paulista. O Apoio Matricial surge como, principalmente, um arranjo organizacional e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde com o objetivo de ampliar a perspectiva conceitual e de ação da clínica, além de integrar dialogicamente as várias disciplinas, as especialidades e os conhecimentos que se debruçam na cena da saúde pública (Campos, 2003). E tanto as estratégias do Apoio Matricial quanto as da Atenção Psicossocial orientam-se pelos princípios do Sistema Único de Saúde, dentre eles a integralidade. A união dessas estratégias tende a potencializar o caráter integral do atendimento construído a partir delas. Estudar a relação entre estas pode levar à produção de um material pertinente para se refletir sobre o processo de mudança de um modelo de assistência ao outro, bem como para se usá-lo como norteador de mudanças que prezem pela atenção psicossocial. Além disso, discutir as práticas que compõem esse modelo de atenção na saúde mental é premente, tendo em vista uma de suas principais características que é a de ser uma prática sempre constituinte (em constante construção) junto aos trabalhadores, pessoas que dela se servem bem como familiares e comunidade de uma forma geral. A experiência em questão ressaltou a importância de estratégias ligadas ao Apoio Matricial na consolidação do SUS. Ressaltou, ainda, a necessidade da disseminação, sistematização e inovação dessa estratégia em âmbito territorial e municipal, envolvendo trabalhadores de saúde mental, gestores, pessoas e familiares de pessoas que recorrem ao serviço de saúde, podendo ser traduzida essa disseminação, sistematização e inovação por meio de uma ação programada de forma coletiva e co-responsável de caráter municipal.

Palavras chave: Centro de Atenção Psicossocial. Apoio Matricial. Assistência Integral à Saúde, (Estratégia) Saúde da Família.

ABSTRACT

The objective of this project is to discuss the intersection between an experience guided by the methodology of psychosocial care and support matrix, from the aspect of wholeness in the creation of new forms of alternative care for the shelter mode. This will be done through discussion of a natural path of building a therapeutic project built in public health service of a small town in the western Sao Paulo. The support comes as a matrix, essentially the organizational arrangement and a methodology for the management of health work in order to enlarge the prospect of action of conceptual and clinical dialogicidade well as integrate the various disciplines, expertise and knowledge to look at the scene public health (Campos, 2003). And both the strategies "Support matrix" as the guide of psychosocial attention by the principles of the Unified Health System, among them the full. The union of these strategies tends to reinforce the character full of care built from them. Studying the relationship between these can lead to the production of a material relevant to reflect on the process of changing from a model of care to another and to use it as guiding the changes we cherish for psychosocial care. Moreover, discussing the practices that make this model of care in mental health is an urgent in view of its main characteristics which is to be a constituent always practice (in constant construction) to workers, who is serving her well as family and community in general. The experiment in question stressed the importance of strategies related to the support matrix in the consolidation of the SUS. Stressed the need for further dissemination, innovation and systematization of this strategy in a territorial and municipal levels, involving mental health workers, managers, people and relatives of people who use the health service, which can be translated this dissemination, organization and innovation through an action planned in a collective and co-head of municipal character.

Key words: Center for Psychosocial Care. Support matrix. Integral Assistance to Health, (Strategy) Family Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM - Apoio Matricial

APS - Atenção Primária à Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

ER - Equipe de Referência

ESF - Estratégia Saúde da Família

MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial

NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PACS - Programa Agentes Comunitários de Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

PTS - Projeto Terapêutico Singular

SF – Saúde da Família

SILOS - Sistemas Locais de Saúde

SM – Saúde Mental

SUS - Sistema Único de Saúde

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para Infância

SUMÁRIO

1	Capítulo I - INTRODUÇÃO.....	11
1	- Criação de cuidados em saúde: a saúde pública enquanto multiplicidade.....	11
2	- Características do Modelo Hegemônico.....	15
3	- Tensões com o modelo hegemônico	20
3.1	- A Saúde Coletiva	20
3.2	- A Estratégia Saúde da Família.....	23
3.3	- As tensões do campo da saúde mental: a Reforma Psiquiátrica e a Atenção Psicossocial	27
3.2.1	- A <i>Psiquiatria Preventivo-Comunitária</i>	29
3.2.2	- A <i>Psiquiatria Democrática Italiana</i>	31
3.2.3	- A <i>Reforma Psiquiátrica brasileira e a atenção à saúde mental</i>	34
3.2.4	- <i>Atenção Psicossocial</i>	39
4	- Integralidade	43
4.1	- Estratégia Saúde da Família e Centro de Atenção Psicossocial: estratégias convergentes para da integralidade.....	46
4.2	- As tensões entre Integralidade, Saúde Coletiva e Atenção Psicossocial	47
4.2.1	- <i>As materializações das tensões entre os modelos</i>	50
5	- Paidéia: uma proposta de superação das tensões.....	52
5.1	- Apoio Matricial.....	58
2	Capítulo II - O TERRITÓRIO.....	63
3	Capítulo III – METODOLOGIA	67
1	- A singularidade de um Projeto Terapêutico Singular (PTS)	71
4	Capítulo IV - UMA EXPERIÊNCIA BASEADA NO APOIO MATRICIAL	74
2	- Caracterizando a “Experiência baseada em Apoio Matricial”	74
2.1	- Reuniões com a equipe da ESF	75
2.2	- O Projeto Terapêutico de Rosa: uma trajetória singular.....	77
2.2.1	- <i>O Contexto de vida de Rosa</i>	78
2.2.2	- <i>Diagnóstico feito pela equipe de saúde (CAPS e ESF)</i>	79
2.2.3	- <i>Meados de 2007: reavaliação de um PTS</i>	81
2.2.4	- <i>Definição de metas e divisão de responsabilidades</i>	82
2.2.5	- <i>Negociações</i>	83
2.2.5.1	- <i>O contrato: o ponto de ligação de um Projeto Terapêutico Singular</i>	84
2.2.6	- <i>Reavaliação</i>	86
2.3	- O Projeto Terapêutico Singular se desdobrando: sua complexidade	86

	<i>2.3.1 – Diagnóstico (desdobramento)</i>	86
	<i>2.3.2 - Definição de metas e divisão de responsabilidades (desdobramento) ..</i>	87
	<i>2.3.3 - Negociações (desdobramento)</i>	88
	<i>2.3.4 - Reavaliação (desdobramento)</i>	91
5	Capítulo V - CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97

Capítulo I - INTRODUÇÃO

O objetivo desta pesquisa é discutir a criação de novas formas de cuidado em saúde realizadas por meio de estratégias emergentes na cena da Saúde Coletiva, a saber: a Estratégia Saúde da Família, o Centro de Atenção Psicossocial e o Apoio Matricial. Essas estratégias surgem num momento de tensão paradigmática. Elas formam modelos alternativos de atenção em relação ao modelo centrado na figura do médico e no hospital. Essas estratégias trazem uma vontade pungente de reflexão, pois se propõem como estratégias anti-hegemônicas, possuindo assim a característica de instituinte, ou seja, são formadas ao passo que se constroem e são construídas ao passo que se formam e, nesse processo, pressupõe-se reflexão. O movimento de aplicação dessas estratégias e a reflexão sobre elas permitem refletir sobre seu papel nos avanços e recuos na substituição do modelo médico-hegemônico por um modelo mais democrático e condizente com as diretrizes do SUS.

1 - Criação de cuidados em saúde: a saúde pública enquanto multiplicidade

A presente pesquisa discute ações na saúde pública, pois surge como uma proposta de estudar novas formas de se criar cuidados em saúde a partir de um atendimento que se pretende integral e que busca a participação da família e dos demais membros envolvidos no sofrimento e na promoção da saúde. Por meio dessa participação, o trabalho em saúde ocorre através de uma rede. De acordo com o Dicionário Aulete Digital (2007), rede é, dentre outras coisas, o conjunto de indivíduos, estabelecimentos, agências, casas, filiais etc. que prestam determinados serviços. No campo da saúde, esse conjunto estabelece relações que criam formas de cuidado. Essa criação é atravessada por diversos fatores cada qual a influenciando de uma determinada maneira e com uma determinada intensidade. Tais fatores, dentre os quais podemos citar as pessoas, as instituições, a gestão de saúde e a situação social das pessoas que adoecem, formam múltiplas condições em que surgem as formas de cuidado em saúde, caracterizando esse processo como uma complexidade, que é dinâmica e cujo movimento se dá a partir de laçadas e quebras de relações entre pessoas, instituições e palavras que tornam o trabalho em saúde um grande desafio.

Essa rede de relações dinâmica articula-se com a idéia de multiplicidade trabalhada por Deleuze e Guatarri (1995). As multiplicidades são linhas de criação e linhas de fuga e, portanto, indicam movimento e conectam-se de forma que todos os pontos se comunicam entre si. As conexões entre as multiplicidades são chamadas de agenciamentos que modificam a natureza das multiplicidades quando se fazem e essa multiplicidade é trabalhada, pelos autores, como substantivo e como tal não se caracteriza como oposição à idéia de unidade, mas antes prescinde dela, a extrai de seu meio. Assim o é a saúde pública: um movimento de relações que criam formas de cuidado em saúde. Forma-se por contextos que possibilitam a reprodução ou a criação de formas de cuidado que não são passíveis de serem decompostos em uma unidade capaz de orientar todas as outras formas de cuidado, ou seja, a prática em saúde, por mais que algumas disciplinas exaltem a especialidade de suas práticas, não possui um roteiro específico.

A rede de saúde é multiplicidade, pois é formada por pessoas e instituições de uma região que organizam e criam formas de cuidado. Todas essas pessoas e instituições, além das condições sociais, econômicas e culturais, conectam-se de tal forma que estabelecem certa interdependência. Como exemplo disso, pode-se dizer que as políticas públicas interferem substancialmente na vida das pessoas e nas suas necessidades de saúde.

Por meio da idéia de multiplicidade é possível mapear parte dessa complexidade que é criar formas diferentes de relações entre as pessoas que impliquem em cuidados em saúde. Tais relações fazem-se e desfazem-se diariamente. Essa tentativa de mapeamento será feita aqui por meio da discussão de uma experiência de inserção do serviço de saúde mental na Estratégia Saúde da Família de um determinado município do interior paulista. Será usada a trajetória de um Projeto Terapêutico Singular como o maior exemplo desse processo e, ao mesmo tempo, fruto dessa experiência. A singularidade desse Projeto Terapêutico Singular encontra-se na magnitude e na complexidade da rede de instituições e de pessoas que o construíram.

Convém ressaltar que a complexidade de relações no trabalho em saúde pública é composta por diversos cenários formados pelo resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais e sociais as quais promovem condições particulares para a produção de sofrimento, de doenças e de saúde o que nos remete ao conceito de território (Pereira e Barcelos, 2006). O território é, nessa pesquisa, entendido a partir de

seu aspecto dinâmico, não só geograficamente determinado, mas também social, cultural, econômico e politicamente inter-relacional. Nas palavras de Milton Santos:

O Território é o lugar em que desembocam todas as ações, todas as paixões, todos os poderes, todas as forças, todas as fraquezas, isto é, onde a história do homem plenamente se realiza a partir das manifestações da sua existência. (SANTOS, 1999, p.7).

Os atores do território (profissionais, pessoas que usam dos serviços de saúde e seus familiares, instituições governamentais e não governamentais) comunicam-se para construir um cuidado em saúde necessário às suas próprias demandas coletivas e particulares. A fluente e democrática comunicação entre os diversos atores da cena da saúde tem se mostrado extremamente importante para que os cuidados em saúde constitutivos da trajetória de uma pessoa ou de um grupo de pessoas sejam resolutivos e integrados. Essa comunicação depende de modelos de atenção à saúde que se estruturam no território.

Modelos de atenção são

[...] uma composição concreta de recursos (financeiros, materiais e força de trabalho), tecnologias e modalidades de atenção, articulados de maneira a constituir uma dada estrutura produtiva e certo discurso, projetos e políticas que assegurassem a sua reprodução social. (CAMPOS, 2006, p.38).

Os modelos de atenção não são apenas formas de se organizar os serviços; eles também organizam as relações entre os sujeitos envolvidos na cena da saúde, criam e alimentam a forma de se encarar os problemas de saúde. Tais modelos mediam os processos históricos, políticos e sociais com o cotidiano dos serviços de saúde (Carvalho e Cunha, 2007).

O campo da saúde é marcado, atualmente, pela coexistência tensa entre modelos de atenção. De acordo com Paim e Almeida Filho (1998):

[...] enquanto a estratégia da atenção primária à saúde se difunde a partir da Conferência de Alma-Ata, os centros hegemônicos da economia mundial, revalorizam o mercado como mecanismo privilegiado para a alocação de recursos e questionam a responsabilidade estatal na provisão de bens e serviços para o atendimento de necessidades sociais, inclusive a saúde. (PAIM E ALMEIDA FILHO, 1998, p. 301).

No caso do Brasil, a tensão é marcante, já que, em meio à pressão e ao questionamento em relação ao papel do Estado frente aos serviços de saúde, a Constituição, no artigo 196, garante a saúde como um:

[...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL – CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL).

Essa tensão ocorre a partir de mudanças na prática e por meio dos interesses instituintes do movimento da Reforma Sanitária aliado aos movimentos sociais pela democratização do país, nas décadas de 70 e 80 (Amarante, 1995, Costa-Rosa, 2000 e Yasui, 2006) que discutiram e discutem o trabalho em saúde pública a partir de diretrizes que foram inscritas na Constituição Federal e que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS), a saber: I - **descentralização**, com direção única em cada esfera de governo; II - **atendimento integral**, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - **participação da comunidade** (Brasil – Constituição Da República Federativa Do Brasil, 1988, Artigo 198)

Essas diretrizes divergem do modelo atualmente hegemônico (caracterizado por ações curativistas e centrado no médico e no hospital), pois foram construídas a partir de práticas de prevenção e de promoção em saúde, ocorridas no território das pessoas envolvidas, e da síntese do encontro entre os saberes de diversas disciplinas do conhecimento e o saber popular, tendo como exemplos dessas práticas: o movimento em “Defesa pela vida”, nascido em Campinas, na década de 80, por meio do movimento da Reforma Sanitária (Andrade, Bueno e Bezerra, 2007); e a VIII Conferência Nacional de Saúde, cujo relatório final (1986), de acordo com Paim e Almeida Filho (1998), representa os princípios e as proposições da Reforma Sanitária.

Conforme Amarante (1995), a Reforma Sanitária surgiu na década de 70 com o objetivo de criticar a lógica assistencial em saúde centrada no hospital e no saber médico e em medidas de cura de doenças via supressão de sintomas; além dessa crítica, o movimento tinha o objetivo de criar uma lógica e uma prática assistencial alternativa a essa tida como hegemônica. Para Yasui (2006), a Reforma Sanitária foi “um processo

político colocando em cena e em pauta a relação entre Estado e sociedade civil. A Reforma Sanitária se constituiu tencionando criticamente os termos desta relação.” (YASUI, 2006, p.25).

A divergência teórica e prática da Reforma Sanitária em relação ao modelo médico hegemônico aliada à inserção dessa divergência na trama da rede de saúde proporcionam o que se denomina de tensão paradigmática. Serão vistas as principais características dos principais modelos que compõem a saúde pública, em termos de multiplicidade: o modelo hegemônico que se caracteriza por ser médico centrado e hospitalocêntrico e as principais correntes contra-hegemônicas: a Saúde Coletiva e a Reforma Psiquiátrica.

2 - Características do Modelo Hegemônico

O modelo hegemônico de atenção à saúde é o biomédico. Ele se caracteriza por uma visão biológica dominante, centrado na figura do médico como detentor do conhecimento passível de se transformar em cuidado e suas cenas se passam principalmente nos hospitais por meio de procedimentos de cunho curativista sem articulação com a rede de saúde componente do Sistema Único de Saúde (Campos, 2000; Nunes 2007). Para Franco e Magalhães Jr. (2003),

O atual modelo assistencial se desenvolveu ao longo do século XX, motivado por uma clínica centrada no biológico e impulsionada pelo complexo médico industrial, que mantém a acumulação de capital no setor da saúde, através do altíssimo consumo de máquinas, instrumentos e medicamentos, usados como os principais recursos de diagnose e terapia. (FRANCO E MAGALHÃES JR, 2003, p.128).

A teoria biologicista orienta a produção do conhecimento da medicina tradicional e hegemônica no modelo de atenção à saúde brasileira e formou-se dentro dos hospitais (Amarante, 1995; Paim e Almeida Filho, 1998). Essa formação é bem traçada e descrita por Foucault.

Foucault (2004) traça o surgimento da medicina tradicional. Para ele, a observação feita pela medicina nos hospitais é uma lógica que ensina aos sentidos suas operações e seus usos para a experiência. Trata-se de um olhar que é analítico, pois

subentende uma lógica da composição, mas não intervém, pois age por meio da anunciação do que se vê, utilizando de uma sintaxe da linguagem que pretende falar as próprias coisas como elas são. Percebe-se aqui a estreita relação entre essa operação e o objetivo da pesquisa de cunho positivista, ou seja, a pesquisa que usa de variáveis para quantificar determinado fenômeno considerado existente *a priori* à pesquisa e ao olhar do pesquisador. Com isso, o domínio hospitalar permitiu e permite a construção singular do conceito “doença” e a análise passou a isolar as doenças e a tratá-las separadamente. O hospital tornou-se escola, e a formação da manifestação da verdade coincide com o conhecimento dessa “verdade”. A medicina torna-se social na medida em que se descobre a verdade diante da platéia de estudantes que a aprendem. E a criação do conhecimento tem apenas um sentido: do médico para o paciente, sobre o paciente.

De acordo com o mesmo autor, a medicina criou formas de investigação que levam em conta toda a descrição da vida e as contingências dos indivíduos e que são reguladas por via de três estratégias:

- 1- Alternância do falado e do percebido, do visto e do falado. Nessa alternância, pronuncia-se a “verdade” que tem um só sentido: do médico para o paciente, sobre esse último;
- 2- Esforço para definir um estatuto que referencia a relação entre o olhar e a linguagem: com isso, passa a ser possível enquadrar numa estrutura legível e coerente o que é percebido na superfície do corpo e o que é ouvido da linguagem da doença. O quadro aparece para reconhecer a doença e legitimar uma coerência entre o que se fala e o que se vê;
- 3- O ideal de uma descrição exaustiva: o enunciado é preciso e regular, seu valor de exatidão garante a relação entre o visível e o enunciável. E o enunciável autoriza, por meio da constância, a comparação e a generalização dentro de um conjunto: o quadro. O quadro permite o enunciável e o enunciável permite o quadro: assim se estabelece uma tautologia.

Ainda para Foucault (2004), o labor da linguagem médica autoriza a transformação do individual ao conceitual e estatutário: doente. Esse esforço alicerça-se sobre o mito de um puro olhar e só vê a doença quem conhece sua linguagem – os médicos. Para Deleuze (1988),

Longe de serem síntese de palavras e de coisas, longe de serem composições de frases e de proposições, os enunciados, ao contrário, são anteriores às frases ou às proposições que os supõem implicitamente, são formadores de palavras e de objetos. (DELEUZE 1988, p. 24.).

Essa lógica caracteriza o poder do saber médico, que pode ser entendido como o conjunto de proposições normatizadoras e de discursos que permitem à Medicina enunciar sobre o comportamento do homem e suas relações, caracterizando-se como uma disciplina social (Menezes, 2007).

O mesmo se deu nas grandes instituições criadas à loucura no século XVIII, conhecidas como casas de correção (Rosen, 1994). Tem-se na nomeação do médico francês Pinel para diretor do Hospital Bicêtre, em 1793, o marco simbólico de iniciador da entrada da medicina como administradora do hospital bem como do tratamento oferecido aos internos quando esse médico retira, dos internos, os grilhões (algemas), ato promotor de um tratamento mais humanizado através de uma série de reformas repetidas por “Haslam e Tuke e já preconizadas por W. Cullen, na Inglaterra; Chiarrugi, na Itália; Daquim em Savóia, enfim, dos Tuke a J Connolly, de Chiarrugi a Daquim, por toda a Europa se reproduz o gesto mítico de P Pinel.” (Silva Filho, 2000, p. 87).

Assim, apesar do ato pineliano de libertar os loucos de suas correntes, inicia-se nesse período um tratamento baseado em veladas ameaças e privações através do qual a instituição determina, dentro de suas paredes, o viver do interno, disciplinando cada gesto e palavra: é o chamado tratamento moral.

Desta forma, o gesto de Pinel, ao liberar os loucos das correntes, não possibilita a inscrição destes em um espaço de liberdade, mas pelo contrário, funda a ciência que os classifica e acorrenta como objeto de saberes/discursos/práticas atualizados na instituição da doença mental. (AMARANTE, 1995, p.25).

Foi ao longo desse processo de construção de conhecimento e de intervenção em saúde que o modelo médico hegemônico (no campo da saúde de forma geral e da saúde mental em específico) se formou e, juntamente com o desenvolvimento da ciência biológica e farmacêutica, orienta e organiza o serviço de saúde público brasileiro. Nas palavras de Campos (2007),

A clínica e a saúde pública decorrentes dessa alternativa (a medicina tradicional) recomendam intervenções especializadas, cada vez mais reduzidas ao uso de fármacos e de procedimentos cirúrgicos [...]. O diagnóstico centra-se na avaliação do risco biológico. (CAMPOS, 2007, p.51).

O modelo assistencial de saúde hegemônico não organiza a oferta de seus serviços de acordo com as diretrizes do SUS (Mascarenhas, M. T. M e Almeida, C., 2002.). A organização dos serviços de saúde no modelo médico hegemônico estrutura-se pela consulta médica sem a interação entre saberes e práticas de outras disciplinas, excluindo os saberes da pessoa atendida, prejudicando o caráter integral do atendimento (Merhy, 2005). Para Franco e Magalhães Jr (2003),

No modelo assistencial vigente, médico hegemônico, o fluxo assistencial de uma Unidade Básica é voltado para a consulta médica. O processo de trabalho, neste caso, carece de uma interação de saberes e práticas, necessárias para o cuidado integral à saúde. (FRANCO E MAGALHÃES JR, 2003, p.128).

Nas práticas realizadas sobre as pessoas em sofrimento (como o são as práticas que enfatizam o saber médico como único produtor de atos de cuidado – práticas tutelares), diversas tecnologias são usadas como mediadoras e construtoras das relações sobre os “pacientes”. Merhy (1999), ao discutir sobre os processos de trabalho em saúde, difere tipos de tecnologia de trabalho. A tecnologia usada a partir de ferramentas como os aparelhos de raios-X e estetoscópios é considerada dura; já aquela que está na cabeça dos profissionais, os saberes profissionais, é conhecida como leve-dura que, nas palavras do autor,

É leve ao ser um saber que as pessoas adquiriram e está inscrito na sua forma de pensar os casos de saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre eles, mas é dura na medida que é um saber-fazer bem estruturado, bem organizado, bem protocolado, normalizável e normalizado. (MERHY, 1999, p.307).

Existe ainda a tecnologia leve que é aquela encontrada no encontro direto entre profissional e usuário dos serviços de saúde. Para Merhy (1999), a tecnologia leve se dá em

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente, produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas pessoas, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes como momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de possíveis cumplicidades, nos quais pode haver a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado, ou mesmo de momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação. (MERHY, 1999, p.308).

Franco e Magalhães Jr (2003), usando da caracterização de Merhy para definir o modelo médico-hegemônico, apontam que a organização dos serviços de saúde por meio da clínica médica (tecnologia leve-dura) não estabelece um cuidado contínuo entre os níveis de atenção primária, secundária, emergencial e hospitalar, pois substitui o valor de cuidado do diagnóstico, conseguido por via da escuta, da fala e do acolhimento (tecnologia leve), pelo seu valor prescritivo, gerando encaminhamentos desnecessários da atenção básica para os níveis de maior tecnologia, de mais máquinas, instrumentos e medicamentos (tecnologia dura). Isso caracteriza um serviço pouco resolutivo, que não consegue alcançar um atendimento integral. Para os autores, há uma falsa relação entre qualidade dos serviços de saúde e quantidades de exames, medicamentos e consultas especializadas. Nas palavras de Franco e Magalhães Jr (2003),

Fazer encaminhamentos sem haver esgotado as possibilidades diagnósticas na rede básica [...] revela um certo modo de operar o trabalho em saúde, em que falta solidariedade com o serviço e responsabilização no cuidado ao usuário. A resolutividade na rede básica está ligada ao recurso instrumental e conhecimento técnico dos profissionais, mas também à ação acolhedora, ao vínculo que se estabelece com o usuário, ao significado que se dá na relação profissional/usuário, que sugere o encontro de sujeitos com o sentido de atuar sobre o campo da saúde. (FRANCO E MAGALHÃES JR, 2003, p.127).

Assim se caracteriza o modelo de atenção que é hegemônico no contexto da saúde brasileira, de cujas características pode-se ressaltar: ser médico centrado, hospitalocêntrico, priorizando ações curativistas como o uso de fármacos e

procedimentos cirúrgicos e estruturando o sistema de saúde a partir da consulta médica sem interação com demais atores e procedimentos não médicos.

3 - Tensões com o modelo hegemônico

Por ser hegemônico, subentende-se que o modelo médico-centrado divide a cena da saúde com mais modelos o que permite caracterizar a saúde pública como multiplicidade. Nesse sentido, atualmente, o momento histórico da assistência em saúde no Brasil encontra-se numa tensão entre modelos de atenção: o objeto de intervenção da comunidade científica, dos profissionais e da formação, os instrumentos de intervenção, as intervenções e o arcabouço teórico-técnico estão em processo de ruptura com anos de assistência centrada na figura do médico e localizada, principalmente, no hospital (Paim e Almeida Filho, 1998).

De acordo com Nunes (2007), data da década de 70 que, no Brasil, a teoria uni causal (biologicista) aplicada à área da saúde para explicar a complexa relação existente entre uma sociedade e suas doenças passou a ser questionada com grande ênfase. A essa teoria opõem correntes de pensamentos fundadas pela concepção de processo saúde-doença determinado por um meio social e por suas composições. Para Campos (2007), a Saúde Coletiva, no Brasil, juntamente com a medicina social latino-americana e o movimento de promoção à saúde no Canadá, partem dessa concepção para compor seus conceitos e suas práticas. As correntes latino-americanas (inclusive a brasileira) têm posturas mais críticas do que a corrente anglo-saxão no que diz respeito às estratégias de construção da saúde. Elas defendem transformações estruturais na base da sociedade como planos de construção de saúde coletiva, enquanto que a corrente anglo-saxão subestima os conflitos sociais como determinantes dos estados sanitários, mantendo o *status quo* com mudanças focais na estrutura dos sistemas de saúde. Todas elas, de uma forma ou de outra, tensionam o modelo médico hegemônico.

3.1 - A Saúde Coletiva

Tensionando o modelo hegemônico em saúde no Brasil, destaca-se a emergência da Saúde Coletiva como um campo científico e como um âmbito de práticas e saberes (Paim e Almeida Filho, 1998; Campos, 2000; Nunes 2006). A Saúde Coletiva é um

[...] conjunto articulado de saberes e práticas técnicas, científicas, culturais, ideológicas, políticas e econômicas, desenvolvidas no âmbito acadêmico, nas instituições de saúde, nas organizações da sociedade civil e nos institutos de pesquisa, informadas por distintas correntes de pensamento resultantes da adesão ou crítica aos diversos projetos de reformas em saúde. (PAIM e ALMEIDA FILHO, 1998, p. 310).

A Saúde Coletiva surge na tentativa de superar as tensões existentes entre o modelo médico hegemônico e a pauta de reivindicações dos movimentos sociais das décadas de 70 e 80. De acordo com Paim e Almeida Filho (1998), a Saúde Coletiva, como campo interdisciplinar de conhecimento, tem o desafio de reconstruir o objeto do campo da saúde, visto a forma como a doença, parte constitutiva do modelo médico hegemônico, organiza as relações entre os sujeitos envolvidos na cena da saúde. A Saúde Coletiva propõe outro objeto para a cena da saúde pública – o processo saúde-doença-cuidado; assim, ela tensiona o objeto “doença” de caráter biologicamente determinado (objeto de intervenção do modelo médico hegemônico), criando um objeto que se movimenta e que é multideterminado. Nas palavras de Paim e Almeida Filho,

O objeto da Saúde Coletiva é construído nos limites do biológico e do social e compreende a investigação dos determinantes da produção social das doenças e da organização dos serviços de saúde, e o estudo da historicidade do saber e das práticas sobre os mesmos. Nesse sentido, o caráter interdisciplinar desse objeto sugere uma integração no plano do conhecimento e não no plano da estratégia, de reunir profissionais com múltiplas formações. (PAIM E ALMEIDA FILHO, 1998, p.309).

Para Campos (2000), a Saúde Coletiva tem a missão de influenciar a transformação de saberes e práticas de diversos agentes sociais, de forma que essa transformação contribua para a mudança do modelo de atenção. Para tanto, as ações orientadas dentro da Saúde Coletiva se voltam não só para onde há doença, mas também onde há risco de adoecer. O traço específico da Saúde Coletiva é a produção de práticas

de promoção e prevenção de doenças tensionando o caráter curativista do modelo médico centrado. Planejar ações tendo em vista os riscos de adoecer implica numa postura diferente sobre o objeto de discussão, pois se pressupõem não só fatores biológicos como fatores subjetivos e sociais; em outras palavras, o objeto é não só ampliado como também modificado em seus pressupostos epistemológicos, já que demanda um paradigma que dê conta juntamente da singularidade de cada adoecer e do conhecimento padronizado acumulado pela aplicação das tecnologias e pela epidemiologia. Com isso, evidencia-se uma reviravolta no campo da saúde em suas bases teóricas de configurações da assistência, caracterizando uma transição paradigmática. Nesse contexto as equipes de saúde bem como pessoas e instituições da sociedade influenciam tais medidas já que também compõem os modelos de atenção.

Lancetti e Amarante ressaltam uma importante implicação na discussão sobre a transição paradigmática na cena da saúde: “Todas as ações desenvolvidas devem ser pautadas pelo conceito de cidadania – o paciente é, antes de mais nada, um cidadão.” (Lancetti e Amarante, 2007, p.630) Por meio desse entendimento, a relação médico-paciente característica do modelo médico e hegemônico passa a dividir os cenários com relações que se podem denominar “profissional de saúde e pessoa com sofrimento” ou, ainda e simplesmente, uma relação dialógica entre pessoas com posições e saberes diferentes e passíveis de transformação. A mudança mais importante disso não está no uso de nomes mais politicamente corretos, mas sim no que está transversalmente ligado a essa relação e o quão horizontal ela consegue ser, orientada pelas diretrizes “integralidade” e “participação da comunidade”. Isso implica em reposicionamentos éticos dos profissionais e das pessoas dos diversos territórios.

Vêm-se aqui, portanto, três grandes tensões entre esses dois modelos de atenção à saúde:

1- **em relação ao objeto:** o modelo médico hegemônico pressupõe a doença como biologicamente determinada; na corrente da Saúde Coletiva, pressupõe-se um processo social de adoecimento e de construção de saúde;

2 – **em relação à construção das ações:** o modelo médico hegemônico pressupõe uma relação médico-paciente vertical, caracterizada pela total anulação do saber social e popular; o saber médico dita as regras da relação do que decorre que sua ação se dá “sobre” o paciente; por meio da Saúde Coletiva, o processo saúde-doença-cuidado é entendido pela relação entre conhecimentos técnicos e populares,

pressupondo um relacionamento entre técnico e pessoa que usa do serviço de saúde tendendo ao horizontal, do que decorre uma ação “com” as pessoas (Paim e Almeida Filho, 1998; Campos, 2003);

3 – em relação aos meios de intervenção: no modelo médico hegemônico, a intervenção sobre a doença dá-se a partir de ações curativistas como internações e por meio da medicalização; no modelo da Saúde Coletiva, as ações junto ao processo saúde-doença-cuidado dão-se a partir de ações curativistas juntamente com ações de prevenção e promoção da saúde, inseridas no território de vida das pessoas que vivem esse processo.

Mediante a idéia de que a Reforma Sanitária e a Saúde Coletiva tensionam o modelo médico hegemônico de cuidados em saúde, é importante caracterizar as linhas gerais dessa tensão no que diz respeito às estratégias que indicam uma transição paradigmática. Ressaltam-se duas estratégias como emergentes e com claro caráter de tensão com o modelo médico centrado e hegemônico: a estratégia Saúde da Família e a estratégia da Atenção Psicossocial.

3.2 - A Estratégia Saúde da Família

Para se falar de Estratégia Saúde da Família (ESF), é importante caracterizarmos rapidamente Atenção Primária à Saúde – a APS. A discussão sobre APS teve raízes na Medicina Comunitária Americana das décadas de 20 e 30, nos Estados Unidos, por meio de uma série de conceitos e práticas, dentre os quais, o de rede de saúde, o de atendimento integral, o de hierarquização do sistema de saúde por níveis de complexidade da atenção e o da ampla utilização de agentes não-médicos nos serviços (Campos, 2006). Mas a discussão da APS tornou-se mais premente internacionalmente a partir da Conferência de Alma-Atá (na antiga União Soviética), que ocorreu em setembro de 1978 e foi promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF). Teve como título: “Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde” e versou, dentre outras coisas que:

- É direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde;

- Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

No contexto norte-americano da década de 20 e 30 do século XX, com a Medicina Comunitária, bem como no contexto europeu e latino-americano do pós Conferência de Alma-Ata (ocorrida em 1978), cria-se e discute-se o conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) (Andrade, Bueno e Bezerra, 2007). O texto da Conferência de Alma-Ata aposta na APS como a chave para todas as nações alcançarem um nível de saúde dito aceitável.

De acordo com Starfield citado por Andrade, Bueno e Bezerra (2007), a APS deve oferecer a “porta de entrada” no serviço de saúde e na atenção às pessoas e não à enfermidade. Ou seja, a atenção primária à saúde é composta por uma rede de instituições que as pessoas de um determinado território buscam quando querem informações, quando querem propor medidas que otimizam a construção da saúde daquele território ou quando apresentam alterações na saúde, sejam elas de caráter emergencial sejam de caráter não emergencial.

A porta de entrada, além de tirar as dúvidas das pessoas de quem é referência, sobre cuidados em saúde, estar aberta para projetos sociais, pode sanar a maior parte dos problemas de saúde em seu nível mesmo de ação; além disso, compete à porta de entrada organizar o fluxo de pessoas aos cuidados mais especializados dos outros níveis de atenção.

O movimento da Reforma Sanitária, no Brasil, implantou a APS por meio de novos modelos técnico-assistenciais, tendo o modelo de “Sistemas Locais de Saúde” (Silos) como o mais discutido nacionalmente, além do movimento “Em Defesa Pela Vida” já citado anteriormente. A proposta de Silos teve como base de discussão a idéia de território e enfocou a questão saúde-doença a partir da problematização por meio de uma equipe interdisciplinar. Esses movimentos influenciaram as experiências de construção de outros modelos de saúde e a construção do Sistema Único de Saúde por via da Constituição Federal (Andrade, Bueno e Bezerra, 2007).

A Estratégia Saúde da Família “é considerada um modelo de APS focado na unidade familiar e construído operacionalmente na esfera comunitária.” (ANDRADE,

BUENO e BEZERRA, 2007, p.803). Surge como uma estratégia de implantação dos princípios do SUS via organização de um modelo de assistência centrado nas pessoas tendo como a atenção primária sua porta de entrada.

A ESF veio essencialmente como uma oportunidade de se expandir acesso à atenção primária para a população brasileira, de consolidar o processo de municipalização da organização da atenção à saúde, de facilitar o processo de regionalização pactuada entre municípios adjacentes e de se coordenar a integralidade da assistência à saúde. ANDRADE, BUENO E BEZERRA, 2007, p. 807).

Com a ESF, a organização do fluxo não se resume a apenas o agendamento de exames e de consultas; além de orientar também as pessoas que necessitam de um suporte mais especializado, é função da ESF garantir o acesso a esse suporte e acompanhar as medidas que se seguem, ou seja, a pessoa que faz um tratamento especializado em uma determinada instituição de saúde continua tendo como referência de cuidados e assistência à saúde aquela unidade básica. A equipe da unidade básica em que funciona a ESF é a Equipe de Referência das pessoas adscritas ao seu território de ação.

Antes de a Saúde da Família se transformar em política nacional, houve experiências pontuais com o Programa Agentes Comunitários desde 1986, no Ceará, expandindo-se para outros estados a partir de 1991 (Andrade, Bueno e Bezerra, 2007). A ESF foi lançada como programa federal no início de 1994 e parte do princípio de que a família é um “subsistema decisório, consumidor e parceiro” (SCÓZ & FENILI, 2003, p.72) do tratamento oferecido à saúde da população prezando-se, assim, pelos princípios do SUS de democratização da gestão da saúde bem como de promoção de saúde. Essa estratégia foi lançada com o nome de Programa Saúde da Família (PSF). A alteração do nome indica o caráter político-estratégico da sua implantação visto que, no Brasil, ela não é apenas uma unidade setorial, mas sim um recurso de mudanças de gestão da saúde e da relação serviço-território. O mesmo se fez com o nome da estratégia: Saúde da Família ao invés de Médico da família para evidenciar que o modelo não é médico-centrado.

A ESF surgiu na pressão da transição epidemiológica através da qual as doenças crônico-degenerativas tomam a cena da preocupação juntamente com as doenças infecto contagiosas; surgiu num momento em que os indicadores de saúde apontavam a falta de

comprometimento político com a saúde; além disso, como acima se fez notar, o contexto de surgimento da ESF é marcado pela tensão paradigmática criada pelo Movimento da Reforma Sanitária em relação ao modelo hospitalar de assistência à saúde (Andrade, Bueno e Bezerra, 2007).

A unidade da ESF é composta por uma equipe interdisciplinar que se atenta para a atenção básica em saúde; normalmente é composta por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários, todos responsáveis por, aproximadamente, 800 famílias.

Andrade, Bueno e Bezerra (2007) apontam como os principais princípios da ESF:

- o resgate do conhecimento popular no trato com as doenças e o
- enfoque da atenção à saúde da família e das pessoas do território.

Com a ESF, “o paciente deixa de ser um prontuário para se transformar numa pessoa conhecida, obrigando as equipes de trabalho a lidar com o sofrimento humano.” (SCÓZ & FENILI, 2003, 74). O norteador dessa estratégia não é mais a cura da doença, mas sim um território específico com seus processos de relações que culminam em padrões estabelecidos como saúde e como doença. Trata-se de um modelo alternativo ao médico centrado, pois:

- a saúde é vista como qualidade de vida e no modelo médico centrado é vista como ausência de doença;
- a atenção é centrada no coletivo enquanto que no médico centrado é voltada para doença individual;
- a assistência engloba a prevenção e a promoção da saúde além da cura e da reabilitação enquanto que no médico-centrado pauta-se em ações curativas e;
- o serviço de saúde é distribuído por todo território enquanto que no médico centrado o hospital é o local central.

De acordo com Andrade, Bueno e Bezerra (2007) em 2005, com apenas 11 anos de surgimento formal, a cobertura de atenção da ESF abrangia 44% da população brasileira. A atual fase da ESF na saúde pública caracteriza-se pela superação da expansão quantitativa do acesso para a discussão da consolidação da qualidade nas ações e integração dessas ações com os níveis de atenção da rede intra-setorial e com os

serviços prestados na rede intersetorial. Disso parte a emergente discussão acerca da gestão da saúde e das estratégias para processos de trabalho democráticos, resolutivos e pautados na integralidade.

Fica claro o posicionamento teórico-prático marcadamente diferente da Saúde Coletiva em relação ao modelo médico hegemônico e a importância da ESF enquanto estratégia de consolidação dos princípios do SUS. A Saúde Coletiva e a ESF arquitetam reposicionamentos no contexto da saúde pública; são linhas que transformam a natureza das práticas em saúde. É nesse mesmo contexto de tensões teórico-conceituais, técnico-assistenciais, político-jurídicas e socioculturais em que também se encontra a assistência à atenção à saúde mental.

3.3 - As tensões do campo da saúde mental: a Reforma Psiquiátrica e a Atenção Psicossocial

O modelo médico hegemônico de assistência ao sofrimento mental implica em uma ideologia que o sustenta e em práticas que o caracterizam; essas práticas são as de afastamento do sofrimento de seu meio para a supressão de suas manifestações, caracterizadas, pela ideologia médico-psiquiátrica, por sintomas. Além disso, a medicalização compõe esse arsenal prático na mesma lógica de tamponamento e controle dessa manifestação (Costa-Rosa, 2000). O surgimento dessa prática, como vimos, deu-se através da “ação sistemática e dominante da disciplina, da organização e esquadramento médico” (Amarante, 1995, p.25) pelo qual a medicina transformou as instituições de enclausuramento de mendigos, leprosos e criminosos em instituições médicas, no sentido de serem instrumentos sob administração dos médicos, ao mesmo tempo em que serviu para que a psiquiatria construísse seu novo objeto, a doença mental, e o arcabouço discursivo que versa sobre esse objeto. A partir daí, a medicina passou a disciplinar o hospital através da distribuição espacial dos indivíduos, da vigilância desses indivíduos e do registro de tudo o que ocorria na instituição (Foucault, 2004). Essa disciplina dos corpos permitiu à medicina acompanhar os doentes em seu dia-a-dia, no “curso e evolução” das doenças, agrupando-os em um conjunto de doenças cada qual com seu determinado conjunto de sintomas. Já na segunda metade do século XIX, tendo por base epistemológica a mesma das ciências naturais, o positivismo, a medicina construiu seu arcabouço teórico sobre a doença mental (Amarante, 1995).

Centrada, até o pós II Guerra, principalmente em procedimentos médicos, a assistência ao sofrimento mental tornou-se objeto de questionamento tendo em vista as transformações ético-morais das sociedades do pós-guerra; além disso, a decadência dessa forma assistencial foi muito atrelada a maus tratos dentro dos hospitais reservados aos ditos “doentes mentais” (Amarante, 1995). Para Menezes (2007), o contexto referente à II Guerra Mundial foi fértil para a execução de idéias reformistas. A crítica aos massacres da guerra, bem como o aumento do custo de vida, principalmente na Europa, propiciou uma retomada da valorização da vida e da saúde.

Desta forma, a assistência à saúde mental também passou a ser ponto de pauta dos movimentos sociais e das transformações éticas ocorridas em diversos lugares. Nesse contexto é que também se destaca a Reforma Psiquiátrica. Amarante aponta os principais movimentos da Reforma Psiquiátrica: na Inglaterra, por meio das comunidades terapêuticas e, na França, por via da Psicoterapia Institucional, caracterizaram-se por uma crítica à estrutura asilar em relação a seu poder de cronificação, surgindo propostas de reformas no interior das instituições hospitalares; a psiquiatria de setor, na França, e a psiquiatria comunitária ou preventiva, nos EUA, marcaram a extensão da psiquiatria ao espaço público, propondo estratégias de prevenção e promoção da saúde mental; a antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana instauraram rupturas com os movimentos anteriores, pois colocaram em questão o paradigma psiquiátrico.

No Brasil, para Amarante (1995), a Reforma Psiquiátrica recebeu direta ou indiretamente a influência desses diversos movimentos. Com base, principalmente, na experiência da Psiquiatria Democrática Italiana, a Reforma Psiquiátrica critica o modelo de psiquiatria traçado nas décadas de 60 e 70, esse último com características híbridas da modelo manicomial com o modelo Preventivo-Comunitário. Em relação à Psiquiatria Preventivo-Comunitária, o autor afirma que “As bases conceituais da psiquiatria preventiva, informam, ainda, um significativo número de projetos de reforma no Brasil, o que vem justificar uma reflexão específica sobre seus princípios e estratégias.” (AMARANTE, 1995, p.18).

Desta forma, estabelecer-se-á, como suporte a essa pesquisa, a caracterização da Psiquiatria Preventivo-Comunitária como ponto de crítica da Reforma Psiquiátrica brasileira e a experiência italiana como ponto suporte dessa Reforma. Amarante (1995) traça o percurso feito por esses movimentos representados por Caplan e Basaglia,

respectivamente. Caplan foi um personagem importante para a Constituição do modelo preventivo-comunitário em psiquiatria e Franco Basaglia construiu um movimento de desinstitucionalização da loucura como doença dos hospitais para a construção de cuidados territoriais e de novas formas de subjetividades para as pessoas que necessitam de uma assistência em saúde mental.

3.2.1 - A Psiquiatria Preventivo-Comunitária

A Psiquiatria com o modelo preventivo e comunitário surgiu nos Estados Unidos, na década de 60, com forte influência da Medicina Comunitária citada acima, após as tentativas de Reformas ocorridas dentro do hospital psiquiátrico com a proposta de ações mais amplas, aumentando o espaço da ação psiquiátrica para a “comunidade”. Em suma, a Psiquiatria Preventivo-Comunitária operou uma crítica ao sistema psiquiátrico, mas não questionou as bases que alicerçam esse sistema. Pressupôs, pois que a Reforma Psiquiátrica consistisse na melhor utilização dos recursos na aplicação das técnicas psiquiátricas. Previu a diminuição de leitos e do tempo de permanência das internações psiquiátricas e a implantação de rede de serviços com caráter preventivo/promocional e comunitário. No contexto americano em que surgiram, essas medidas não estavam voltadas para a transformação da natureza da assistência ao sofrimento mental. Antes, tinham objetivos administrativos de baixar os gastos públicos com essa assistência (Amarante, 1995).

Influenciada pela história natural das doenças, estabeleceu três momentos evolutivos das doenças mentais e, portanto, três momentos diferentes de intervenção, linearmente hierarquizados: a prevenção primária, que consiste em intervir nas condições sociais ou individuais possíveis de formar doenças; a secundária, com intervenções de busca de diagnósticos e tratamento precoce da doença mental; e a terciária que intervém na readaptação social do paciente, após a cura de sua doença (Birman e Costa, 1994).

Caplan foi um importante personagem na construção desse modelo e o ergueu por meio, dentre outras ações, da criação do livro *Princípios de Psiquiatria Preventiva*, na década de 60. Para Birman e Costa (1994) sua grande inovação foi a criação da Prevenção Primária como intervenções sobre as condições possíveis de criação de doenças. É, portanto, um conceito inserido ainda no discurso da doença, ou seja, que

trata o sofrimento das pessoas como doença natural. Nas palavras dos autores, ao caracterizarem a Psiquiatria Comunitária, apontam que seu objetivo é

[...] ativamente promover a adaptação aos ideais dos grupos instituídos no espaço de social, já que a desadaptação de qualquer dos grupos instituídos passa a ser signo de doença ou de sua possibilidade, sendo registrado no mundo do patológico. Prevenir, palavra ambígua, implica em adaptar, em equilibrar os contextos socialmente tensos desde o seu surgimento, como forma de bloquear o surgimento do desvio e do marginalismo nos grupos constituídos, já que são ameaças, reais e (ou) simbólicas, para sua dissolução. (BIRMAN E COSTA, 1994, p.56).

Em relação ao estreito vínculo da Psiquiatria Preventivo-Comunitária em relação à psiquiatria tradicional, Amarante (1995) aponta que essa corrente da Reforma Psiquiátrica promoveu transformações assistenciais e administrativas, mas não questionou a base teórica da psiquiatria em relação à loucura. Propôs, apenas, “uma nova engenharia de recursos e serviços.” (AMARANTE, 1995, p.18).

Um modelo assistencial pautado principalmente na Prevenção Primária pressupõe um sistema causal consistente que leve à intervenção espacial e temporal e que legitime os seus objetivos. Todavia, no que diz respeito às doenças mentais, não há modelos causais que fundamentem a prevenção. E a contradição exposta nesses termos leva à conclusão de que

A Psiquiatria Preventiva vai querer repetir a prática histórica dos primeiros higienistas do século XIX para justificar uma atuação sem conhecimento de causa, e chamar a isto de Prevenção Primária. Entretanto, o que ocorre nesta prevenção sem sustentação teórica efetiva, é uma forma abusiva de psiquiatrização da vida social, com o nome de promoção de saúde mental, já que a doença ou sua ameaça torna-se caracterizada como desadaptação social ou negativismo social. A terapêutica ou a promoção da saúde torna-se idêntica à realização de práticas de ajustamento social. (BIRMAN E COSTA, 1994, p.59).

Uma condição de possibilidade para a construção de um modelo de Psiquiatria Comunitária é o território ter um caráter cooperativo, visto que as ações psiquiátricas se propõem como potencializadoras do seu caráter terapêutico natural. Por meio dessas características que Birman e Costa (1994) tecem a inadequação desse modelo para a realidade brasileira, mesmo que ele tenha influenciado as ações de cuidado em nosso modelo. A “cooperação” esperada não compõe a realidade da maioria dos territórios e a

intervenção psiquiátrica sobre a magnitude da qualidade terapêutica cancela seu caráter natural, visto que o “setting” da psiquiatria é distinto dos sociais. Nas palavras dos autores

Não se pode por um simples ato de vontade ou planejamento psiquiátrico inverter livremente funções construídas e fixadas por necessidades histórico-culturais. A função do psiquiatra é heterogênea ao sistema de relações sociais em geral, e vice-versa. (BIRMAN E COSTA, 1994, p.66).

E ainda

Uma comunidade ‘cooperativa’ é mais um desejo do psiquiatra que uma realidade dos indivíduos. Uma comunidade ‘terapêutica’ é mais um abuso teórico e terminológico que uma realidade manipulável pela psiquiatria. (BIRMAN E COSTA, 1994, p.66).

Junto às críticas, Birman e Costa ressaltam a importância da Psiquiatria Comunitária no que diz respeito ao movimento em busca de uma melhor distribuição dos recursos materiais e humanos e de planejamento do modelo assistencial que é exatamente o ponto apontado por Amarante (1995) como a essência desse movimento. Pelo fato de buscar uma melhor utilização dos serviços na área da saúde mental, principalmente os serviços ambulatoriais, melhor no sentido dos princípios do SUS, a Psiquiátrica Comunitária se caracteriza “[...] como uma crítica ao monopólio da loucura realizada pelos hospitais privados [...] que levam à má utilização do conjunto de recursos, à cronificação dos pacientes pelo tempo indeterminado de internação.” (BIRMAN E COSTA, 1994, p.70).

Destaca-se, para a consecução da dissertação, um ponto em relação ao modelo Preventivo-Comunitário: a hierarquização do sistema de saúde, criando um esquema de funcionamento que dificulta a integração das ações de cuidado em saúde e, portanto, caracterizando-se como um ponto de crítica da Reforma Psiquiátrica.

3.2.2 - A Psiquiatria Democrática Italiana

Amarante (1994) traça a trajetória de Basaglia e suas incursões pelo aparato manicomial. O autor aponta as principais premissas norteadoras de toda a prática de

Basaglia, dentre elas: a luta contra a institucionalização e a invenção de relações de contrato social em substituição às relações de tutela sobre os doentes.

Amarante citando Basaglia define a institucionalização como

[...] o complexo de ‘danos’ derivados de uma longa permanência coagida no hospital psiquiátrico, quando o instituto se baseia sobre princípios de autoritarismo e coerção. Tais princípios, donde surgem as regras sob as quais o doente deve submeter-se incondicionalmente, são expressas, e determinam nele uma progressiva perda de interesse que, através de um processo de regressão e de restrição do Eu, o induz a um vazio emocional. (BASAGLIA apud AMARANTE, 1994, p.67).

De acordo com o autor (1994), Franco Basaglia iniciou na Itália um movimento político contra a institucionalização ocorrida aos internos dos hospitais psiquiátricos. Iniciando no manicômio de Gorizia, através da tentativa de humanização do hospital, ele usou o modelo de comunidade terapêutica como estratégia para evidenciar, para a sociedade e para os movimentos sociais, as contradições sociais e políticas do modelo psiquiátrico. Todavia, através dessa experiência, não se colocou em questão a relação tutelar paciente-médico; antes revelou a ligação entre a psiquiatria, o controle social e a exclusão; a criação de uma classe de pessoas internadas; e a não neutralidade da ciência, escudo protetor do saber psiquiátrico. Após essa experiência, Basaglia planejou uma ação em Trieste, em 1971, mas sem fazer uso do modelo da comunidade terapêutica. Mais enriquecido conceitual e praticamente, Basaglia tentou desmontar o aparato manicomial, constituindo novos espaços e novas formas de lidar com a loucura, colocando a doença entre parênteses.

O colocar entre parêntesis a doença mental não significa a sua negação, no sentido de negação de que exista algo que produza dor, sofrimento, mal-estar, mas a recusa à aceitação da completa capacidade do saber psiquiátrico em explicar e compreender o fenômeno loucura/sofrimento psíquico, assim reduzido ao conceito de doença. A doença entre parêntesis é, ao mesmo tempo, a denúncia e a ruptura epistemológica que se refere ao ‘duplo’ da doença mental, isto é, ao que não é próprio da condição de estar doente, mas de estar institucionalizado. (AMARANTE, 1994, p.65).

Em Trieste, houve um processo de desinstitucionalização que, como aponta Amarante (1994), não se caracterizou como apenas desospitalização, ou seja, a retirada

do doente do hospital, mas antes se tratou de um projeto que rompeu epistemologicamente com a ideologia psiquiátrica. Esse processo

[...] coincidia com a reconstrução da complexidade do objeto que as antigas instituições haviam simplificado. ... Mas se o objeto muda, se as antigas instituições são demolidas, as novas instituições devem estar à altura do objeto, que não é mais um objeto em equilíbrio, mas está, por definição (a existência-sofrimento de um corpo em relação com o corpo social) em estado de não equilíbrio: esta é a base da instituição inventada (e nunca dada). (ROTELLI apud AMARANTE, 1994, p.62).

Por meio das intervenções de Basaglia e do movimento de desinstitucionalização “[...] são constituídos sete centros de saúde mental, um para cada área de cidade, cada qual abrangendo de 20 a 40 mil habitantes, funcionando 24 horas ao dia, sete dias por semana.” (AMARANTE, 1995, p.49).

Abriram-se, também, as residências terapêuticas, lugares onde moram os usuários e as cooperativas de trabalho que

[...] hoje representam um novo espaço de produção artística, intelectual ou de prestação de serviços, que assumem um importante papel na dinâmica e na economia não apenas dos serviços de saúde mental, mas também de toda a cidade. (AMARANTE, 1995, p.49).

Houve, em Trieste, uma experiência de desinstitucionalização dos saberes/práticas/discursos que objetificam a loucura e a tratam como doença.

A experiência em Trieste demonstra ser possível a construção de um ‘circuito’ de atenção que, ao mesmo tempo, oferece e produz cuidados e novas formas de sociabilidade e de subjetividade para aqueles que necessitam de assistência psiquiátrica. (AMARANTE, 1995, p.50).

Em 1973, foi criado, na Itália, o movimento Psiquiatria Democrática com o objetivo de construir uma forte base que viabilizasse a desinstitucionalização em todo o território italiano.

Com base na experiência italiana e no exemplo de diferentes experiências com o sofrimento mental na França com a psicoterapia institucional e na Inglaterra com a antipsiquiatria e as comunidades terapêuticas, a Reforma Psiquiátrica brasileira se constituiu como um movimento e uma prática, construindo um modelo com orientações

política, ideológica, teórica e técnica próprias e alternativas ao Modo Asilar¹, denominado Atenção Psicossocial ou Modo Psicossocial (Costa-Rosa, 2000). Da mesma maneira que a Saúde Coletiva, a Reforma Psiquiátrica promoveu e promove linhas de fuga na prática em saúde mental, transformando a natureza da atenção nesse campo.

3.2.3 - A Reforma Psiquiátrica brasileira e a atenção à saúde mental

Antes de nos atermos à Reforma Psiquiátrica no Brasil, convém ressaltar que até fins do século XIX a psiquiatria mundial seguiu o esquema de tratamento moral levantado por Pinel, tendo como pressuposto que as doenças mentais possuíam um lugar no corpo débil, a ser encontrada e sanada. Todavia, nesse período, delineou-se um novo saber psiquiátrico, contrário a esse organicismo médico, que transpôs a problemática da doença mental para fora do corpo, rompendo assim com a rigidez nosográfica. Foi assim com Freud, quando desenvolveu a teoria sobre o inconsciente, levando em consideração a interação do indivíduo com seu meio bem como com sua produção mental expressa através da fala – o simbólico (Silva Filho, 2000).

Desta forma, na confluência dos desenvolvimentos teóricos, nosográficos e etiológicos, baseados na experiência, na tecnologia médica, na prática hospitalar e no inconsciente, baseados no colóquio singular, na cura pela palavra, na prática consultorial e privada, segue a psiquiatria até os anos 40 do nosso século, quando então será tentada uma nova síntese. (SILVA FILHO, 2000, p. 94).

Ao final da 2ª Guerra Mundial, as instituições psiquiátricas apresentavam-se falidas em sua eficácia no tratamento ao doente mental, principalmente em uma Europa devastada pela guerra e necessitada de mais braços para trabalhar. A psiquiatria desse período entendeu como importante, para a recuperação do interno, não só sua interação com o hospital que o pretendia curar, mas também com o meio social em que vivia e trabalhava. Até a década de 50, para os chamados psicóticos pouco se frutificou em resultados de ajustamento ao meio em que vivem. Em 1952, iniciou-se o uso de novas substâncias farmacológicas que produziam nos indivíduos um “estado de indiferença

¹ Modo - Termo usado pelo autor (Costa-Rosa) para se referir ao conjunto de saberes, práticas e discursos que engloba um modelo de atenção.

especial.” (Silva Filho, 2000, p. 96), o que corroborou e corrobora para o ajustamento desses indivíduos ao meio em que vivem. Nesse período, deu-se início a uma série de movimentos no mundo cujo conjunto tem sido chamado de Reforma Psiquiátrica.

No caso do Brasil, Amarante (1995) e Yasui (2006) tratam da história da Reforma Psiquiátrica, passando pelas influências da Psiquiatria Democrática Italiana e da Antipsiquiatria até a sua constituição como movimento oriundo dos Movimentos dos Trabalhadores de Saúde Mental na década de 80 e a construção de um modelo de atenção diferente da assistência do modelo hegemônico, centrada no hospital.

Dentro do contexto nacional, a Reforma Psiquiátrica foi impulsionada e influenciada pelo movimento da Reforma Sanitária e estabeleceu uma luta contra os maus-tratos, a coerção, o controle e a segregação contra as pessoas internadas nos hospitais psiquiátricos. A Reforma Psiquiátrica produziu uma ruptura epistemológica ligada ao campo da saúde mental, mas transcendeu esse campo e caracterizou-se como um movimento social de crítica ao modelo de Estado, em defesa da democracia (Yasui, 2006).

De acordo com Yasui (2006) estudando os autores das Reformas Sanitária e Psiquiátrica:

[...] na Reforma Sanitária a análise crítica da medicina preventiva (Arouca, 2003) avançou para uma discussão sobre a Saúde Coletiva, questionando e redefinindo as noções fundamentais, tais como o processo saúde-doença, história natural das doenças, causalidade, clínica médica, com conseqüências técnicas, assistenciais, políticas, ideológicas e culturais. E no processo da Reforma Psiquiátrica as críticas sobre as reformas da psiquiatria nos anos 60 (Rotelli, 2001) e sobre a psiquiatria preventiva (Lancetti, 1989; Birman e Costa, 1994) avançou, também, para um profundo questionamento dos conceitos fundantes da psiquiatria, de suas instituições, de sua função ideológica de controle, com profundas repercussões não apenas na prática, com a construção de novos serviços, mas fundamentalmente com a construção de um novo paradigma [...] (YASUI, 2006, p.30).

Todavia, para Amarante (1995) o Movimento da Reforma Psiquiátrica foi mais longe que o da Reforma Sanitária, pois colocou em questão o modelo médico de produção de conhecimento sobre o objeto doença. Apesar de o Movimento da Reforma Sanitária ter feito o mesmo, distanciou-se dessa crítica ao mesmo tempo em que se aproximou das estratégias do planejamento normativo, nas quais ainda é fortemente apegado.

Para Amarante (1995) e Yasui (2006), o movimento da Reforma Psiquiátrica teve como principal sujeito político o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) aliado aos movimentos pela busca da democracia no país. Amarante aponta que o MTSM constituiu-se como o primeiro e mais importante movimento de contestação no campo da saúde mental e estabeleceu uma pauta de desinstitucionalização no âmbito das políticas públicas, sob o título de Reforma Psiquiátrica.

De acordo com Yasui (2006), o MTSM proporcionou um debate público sobre a questão psiquiátrica, denunciando as desumanas condições de vida dentro dos manicômios, além da cronificação e discriminação dos “doentes mentais”. Portanto, a Reforma Psiquiátrica brasileira surgiu com o objetivo de criticar essa lógica assistencial em saúde mental médico-centrada e hospitalocêntrica. Tinha e tem o objetivo, também, de criar uma lógica e uma prática assistencial alternativa à última (Amarante; 1995 e Yasui; 2006).

Para Yasui (2006), a Reforma Psiquiátrica não foi apenas uma luta contra as instituições psiquiátricas, mas também e, juntamente com a Reforma Sanitária, uma luta mais ampla pela democracia do país, criando um movimento que foi capaz de congrega os trabalhadores da saúde mental e as associações de usuário e de familiares, artistas, jornalistas, estudantes e intelectuais. Como marcos desse processo Amarante (1995) e Yasui (2006) apontam:

- a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, para se discutir uma nova proposta de estrutura das políticas de saúde nacionais e em cujo relatório final expunha os princípios e diretrizes do SUS;

- a I Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em 1987, decorrente da VIII Conferência Nacional de Saúde, com a premissa de superação do hospital psiquiátrico por meio de uma rede alternativa ou paralela a ele;

- a criação, em 1987, do Movimento da Luta Antimanicomial ocorrido em Bauru sob o tema “Por uma sociedade sem manicômios”, momento no qual o MTSM deixa de ser agremiação estudantil para se transformar num movimento social.

Junto à movimentação política, houve a criação de serviços e estratégias alternativos ao modelo médico hegemônico como a criação de serviços substitutivos aos hospitais, como os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os NAPS surgiram como propostas de serviços substitutivos ao

hospital psiquiátrico para atender toda a demanda do território. Já os serviços CAPS iniciaram por meio da experiência do CAPS Prof. Luis da Rocha Cerqueira, em São Paulo, no início de 1987. Essa instituição surgiu como modelo alternativo intermediário ou transitório ao modelo hospitalocêntrico. Tratou-se de um serviço intermediário entre o hospital psiquiátrico e o território, ou seja, uma estratégia que tinha uma proposta terapêutica de atendimento àquelas pessoas que saíam das internações psiquiátricas, no sentido de assistir-lhes na reconstituição dos laços sociais, e àqueles para quem se queria evitar novas internações. Essa experiência foi considerada como transitória por se tratar de uma estratégia de transição do modelo hospitalocêntrico para o modelo preventivo-comunitário. Todavia, de acordo com o contexto surgido em Santos, o serviço CAPS também verteu sua proposta para se tornar uma estratégia substitutivo ao modelo da psiquiatria tradicional (Amarante, 1995).

Lancetti e Amarante (2007) ressaltam a importância histórica, para a Reforma Psiquiátrica, do movimento ocorrido em Santos no início da década de 90. Por meio de um processo incessante de discussão e embates, o hospital psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta, em Santos foi fechado em 1994, sendo substituído pelos Núcleos de Atenção Psicossocial (os NAPS). Como contam Lancetti e Amarante (2007)

“As enfermarias foram reorganizadas de maneira que dignificasse a vida das pessoas. Os internos foram agrupados em enfermarias segundo a localidade de origem. De modo que quando a equipe técnica e seus pacientes estavam suficientemente integrados e fortalecidos saíam do hospital para criar os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial)” Lancetti e Amarante (2007, p.627).

Em paralelo a esse movimento, Amarante aponta a decisiva contribuição do Projeto de Lei Paulo Delgado, de setembro de 1989, para a extensão do debate e para a criação de novos processos de ruptura em relação à assistência psiquiátrica tradicional. Esse projeto de lei tramitou por mais de dez anos para ser aprovado, mediante cortes e ajustes, na lei 10.216, de 06 de abril de 2001.

Atualmente, de acordo com Menezes (2007), os CAPS, enquanto serviços possuem atenção diária ao sofrimento mental, compostos por equipes multiprofissionais e de caráter territorial. São independentes das estruturas hospitalares e, além de atender ao sofrimento psíquico, têm como função supervisionar as unidades de hospitais psiquiátricos e capacitar às equipes de atenção básica. Dentre o arsenal de

procedimentos encontram-se as visitas domiciliares, os atendimentos às famílias, as oficinas terapêuticas, entre outros (Menezes, 2007).

Além do caráter de movimento social, a Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária produziram conquistas dentro do aparelho estatal ou foram incorporadas por ele. Primeiramente, vale dizer que a convergência da VIII Conferência Nacional de Saúde com avanços nas práticas no campo da saúde influenciou a Constituinte no que diz respeito à legislação criada para organizar o sistema de saúde nacional por meio do Sistema Único de Saúde (Carvalho, B. G., Martin, G. B. E Cordoni Jr. L, 2001). A Reforma Psiquiátrica construiu um

[...] arcabouço legislativo nacional, pois “na ‘guerra de posições’ no interior da construção de um processo de hegemonia, o Movimento da Reforma Psiquiátrica conquistou territórios no interior do aparelho estatal. (COSTA-ROSA, A. DA, LUZIO, C. A. E YASUI, S., 2001, p.23).

Em relação à saúde mental, lançou-se a portaria 224 de 1992 que foi substituída pela portaria 336 de 2002 que resolve que “os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território”; além disso, prevêem dentre suas funções:

- a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;
- b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;
- c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;
- d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial. (BRASIL, Portaria n.º 336/GM).

Nota-se, como mostra a portaria 336, que o CAPS não se configura apenas como uma instituição de saúde mental, mas sim como uma estratégia de regulação da porta de entrada da rede de assistência em saúde mental podendo usar de apoio às unidades básicas de saúde para essa regulação por meio de um planejamento de gestão local.

Além dessas portarias, a década de 90 foi marcada pela construção do Código de Saúde no Estado de São Paulo, cujo texto preza-se por evitar a internação e pela troca desta por serviços substitutivos; nos casos em que a única intervenção que reste seja a internação, a preferência é dada aos hospitais gerais e por um curto período de tempo, necessário para a estabilização da crise que motivou a reclusão (Gouveia, 2000).

Nas palavras de Yasui (2006), a Reforma Psiquiátrica brasileira

[...] buscou politizar a questão da saúde mental, especialmente, na luta contra as instituições psiquiátricas; produziu reflexões críticas que provocam uma ruptura epistemológica; criou experiências e estratégias de cuidado contra-hegemônicas; conquistou mudanças em normas legais e buscou produzir efeitos no campo sócio-cultural. (YASUI, 2006, p.24).

Vê-se que a Reforma Psiquiátrica não se restringiu a um movimento social, mas construiu e constrói de fato uma estrutura, com dimensões político-ideológica e teórico-técnica, capaz de atuar junto à demanda de saúde mental de forma alternativa ao modelo manicomial, construindo formas de cuidados coerentes com os princípios do SUS e do respeito às diversidades por meio da Atenção Psicossocial (Amarante, 1995; Costa-Rosa, A. Da, Luzio, C. A. E Yasui, S., 2001, Yasui, 2006). A Atenção Psicossocial orienta a construção de um modelo substitutivo ao modelo assistencial médico-psiquiátrico, pois apresenta novas formas de cuidado mais complexas e que se orientem pelos princípios do SUS. Para tanto lança inúmeras estratégias.

3.2.4 - Atenção Psicossocial

A Atenção Psicossocial se caracteriza por uma multiplicidade criadora de práticas de cuidado com dimensões político-ideológica e teórico-técnica. Propõe um modelo de atenção à saúde, alternativo ao modelo asilar (Costa-Rosa, 2000)

Costa-Rosa define que os modelos de atenção pressupõem um conjunto estruturado teórico-prático denominado Modo de Atenção (ou paradigmas). O modelo médico-psiquiátrico pressupõe um Modo Asilar de atenção à saúde; o modelo da atenção psicossocial pressupõe o Modo Psicossocial de atenção à saúde. Os paradigmas são definidos por meio de quatro parâmetros. Veremos os parâmetros usados pelo autor tendo em vista a contradição entre o Modo Asilar e o Modo Psicossocial:

- 1 - de 'seu objeto' e dos 'meios' teórico-técnicos de intervenção (o que inclui as formas da divisão do trabalho interprofissional);
- 2 – as formas da organização dos dispositivos institucionais;
- 3 – as modalidades do relacionamento com os usuários e a população;
- 4 – as implicações éticas dos efeitos de suas práticas em termos jurídicos, teórico-técnicos e ideológicos. (COSTA-ROSA, 2000, p.143).

Em relação ao objeto e ao meio teórico-técnicos de intervenção Costa-Rosa (2000) afirma que a ênfase sobre a determinação orgânica das doenças, preconizada pelo Modo Asilar, implica no meio básico de terapêutica o medicamento; além disso, através dessa prática, pouco ou nada se considera acerca da existência dos sujeitos como atores implicados em seus problemas, tanto na formação desses problemas quanto na possibilidade de superá-los. Já o Modo Psicossocial considera os fatores políticos, biológicos, sociais e culturais como relacionalmente determinantes da existência-sofrimento, usando, além da medicação, meios terapêuticos como psicoterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sócio-cultural. No Modo Psicossocial, a prática em saúde mental investe no sujeito no sentido de seu reposicionamento (implicação subjetiva) em relação aos conflitos pelos quais passa.

Quanto às formas da organização dos dispositivos institucionais, tem-se que, no Modo Asilar, o poder de decisões institucionais (e aqui envolve a terapêutica empregada em cada caso) tem apenas um sentido – o de cima para baixo, do médico ao doente. O Modo Psicossocial, respaldado pela Reforma Sanitária e Psiquiátrica por meio de princípios como a descentralização, integralidade e participação popular, propõe a horizontalização do poder através de práticas que vão desde a passagem da gestão da saúde do federal ao municipal (descentralização), passando pela criação de conselhos e conferências de saúde através dos quais a população também compõe paritariamente a gestão da saúde (controle social) até, dentre outras práticas, a horizontalização institucional através da criação de espaços de decisão coletivos e interdisciplinares (democratização da gestão e atendimento integral).

Quanto às formas do relacionamento com a clientela no Modo Asilar, Costa-Rosa as determina de acordo com três pontos de vista: da instituição, da clientela e da produção de subjetividade. Do ponto de vista da instituição, a relação entre profissional

e clientela se dá na base de são - doente, respectivamente; do ponto de vista da clientela, essa relação mostra o hospital psiquiátrico como um local de depósito de doentes; e, quanto à produção de subjetividade, há reprodução das relações verticais nos moldes do modo capitalista de produção – fragmentadas e com o poder unidirecional do médico sobre o paciente. No Modo Psicossocial, quanto às formas do relacionamento com a clientela, subvertem-se as características do Modo Asilar através da criação de espaços de interlocução que possibilitam o livre trânsito das subjetividades e a relação horizontal entre essas diversas subjetividades; há um programa de integração entre as diferentes linhas de ação existentes no território, incluindo a dos trabalhadores da saúde, o que permite a construção de ações de cuidado integral.

Em relação ao parâmetro das implicações éticas dos efeitos de suas práticas em termos jurídicos, teórico-técnicos e ideológicos, as implicações éticas dos efeitos de suas práticas em termos jurídicos, teórico-técnicos e ideológicos, no Modo Asilar, as práticas concorrem para a cronificação e a medicalização. Já as práticas no Modo Psicossocial concorrem para, não só a supressão sintomática, mas também o reposicionamento subjetivo e sociocultural sobre a existência-sofrimento, implicando as pessoas na construção da saúde e na construção de relações intersubjetivas horizontais.

Dell'Acqua e Mezzina caracterizam os serviços de Atenção Psicossocial como substitutivos ao Modo Asilar e apontam que uma das principais características desses serviços é a tomada de responsabilidade que se trata de “disposição em apreender diversas formas e momentos da existência que sofre, que não sejam somente a crise e a emergência.” (DELL'ACQUA e MEZZINA, s/d, p.62) Ainda em relação à tomada de responsabilidade, “diz respeito, em primeiro lugar, à responsabilidade do serviço sobre a saúde mental de toda a área territorial de referência e pressupõe um papel ativo na sua promoção.” (idem).

Ainda para Dell'Acqua e Mezzina(s/d), a tomada de responsabilidade está estreitamente ligada à noção de rede, pois conhecer o território e promover saúde depende da ação de diversos atores não só ligados à área da saúde, mas também às diversas áreas da sociedade (intersetorialidade), redes sociais e políticas públicas.

Na Atenção Psicossocial, a rede aparece como condição essencial para um atendimento integral, e, mais ousadamente, como um modelo de atenção ao sofrimento que permita substituir o médico hegemônico. Essa construção dá-se por meio da mudança teórico-conceitual em relação ao objeto, por via de estratégias técnico-

assistenciais como a intersectorialidade, pelo redirecionamento político-jurídico, como tratar o usuário dos serviços de saúde como cidadão possuidor de determinados direitos e deveres em relação à assistência e por meio do redimensionamento sociocultural, no que diz respeito à relação da loucura com o social (Amarante, 1995).

A formação de rede (intra e intersectorial) pressupõe como condição essencial um determinado borramento entre os diversos saberes disciplinados por suas respectivas especialidades metodológicas e conceituais. Construir estratégias de cuidados diferentes das estratégias do Modo Asilar depende das práticas específicas de cada profissional, mas também depende dos acordos que se fazem entre membros da equipe junto às pessoas que usam do serviço ou aos membros do intersector. Depende, pois, da horizontalização do poder entre os saberes (interdisciplinaridade) visto que, por meio dela, os saberes podem se mesclar e multiplicarem entre si a responsabilidade em relação à saúde mental.

Para Stroili (2007, p.286), a interdiplinaridade é:

[...] caracterizada por uma gama de disciplinas que interagem desde a simples comunicação de idéias, à integração conceitual, terminológica e proceditudinal, embora cada uma delas preserve suas especificidades. Essa concepção explicita que a interdisciplinaridade supera a integração, embora não prescindida dela, pois pressupõe mudança de postura frente ao objeto de estudo de uma área, exigindo o enfrentamento das convergências e das diversidades, e a capacidade para reportar-se ao referencial da “outra”, o que deve instigar ambas as áreas a produzir a reelaboração de seus conhecimentos internos e específicos, bem como a busca de novos conhecimentos e novas alternativas, o que a coloca como condição para a construção coletiva de conhecimento. (STROILI, 2007, p.286)

É com a interdisciplinaridade que os profissionais criam novos conceitos sobre a existência do homem e que o enxergam como inserido num determinado contexto sócio-histórico que o afeta e que por ele é afetado e, por isso, ambos, multideterminados (Ribeiro, 1996). A interdisciplinaridade está ligada à compreensão integral do homem.

A Atenção Psicossocial permite conexões diversas entre pessoas, instituições, teorias, conceitos e práticas, conexões essas que se caracterizam por agenciamentos de novas formas de cuidado, pois transformam a natureza da saúde pública. A prática interdisciplinar na Atenção Psicossocial, haja vista as formas de organização dos dispositivos institucionais, facilita um entendimento integral do sofrimento na vida das pessoas permitindo, assim, a construção de um atendimento integral como preconizado

pelo SUS. A Reforma Psiquiátrica por meio da Luta Antimanicomial, das conquistas legislativas e dos modelos propostos tem o atendimento integral como um norte (diretriz) para os cuidados ao sofrimento mental. O termo integralidade é usado para se referir a essa diretriz (Mattos, 2006).

Percebe-se, pois, na caracterização do Modo Psicossocial, em diferenciação ao Modo Asilar de atenção à saúde mental, a importância dada ao caráter integral do ser humano, ou seja, a importância dada ao fato de o homem se construir numa miríade complexa de processos que se entrecruzam e cujo produto final não representa apenas a junção de suas partes, mas é antes uma multiplicidade.

4 – Integralidade

A idéia de integralidade aparece no artigo 198 da Constituição Federal Brasileira:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

Vê-se, pois, que a integralidade é uma diretriz do SUS. É um princípio amplo que orienta a forma de atenção à saúde e se conecta a diversas outras diretrizes de orientação das práticas em saúde.

A lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”. Em seu Capítulo II Dos Princípios e Diretrizes, é dito que:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema [...] (BRASIL, 1990).

A Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). No capítulo I: Da Atenção Básica, estabelece-se que:

Dos Princípios Gerais:

A Atenção Básica tem como fundamentos:

I: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;

II: efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços [...] (BRASIL, 2006).

De acordo com Vasconcelos e Pasche (2007), discutir a integralidade pressupõe enxergar a saúde como um processo e, também, a prestação de ações e serviços como um plano continuado com objetivos de promover e proteger as condições de saúde de um determinado grupo de pessoas, além de curar e reabilitar quando necessário. Isso corrobora com o que, até aqui, discutimos acerca da construção de modelos de atenção à saúde, substitutivos ao médico hegemônico por parte da Saúde Coletiva e da Reforma Psiquiátrica.

Mattos (2006) diz que a integralidade é uma bandeira de luta levantada pelos movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica e que compõe o que ele denomina de imagem objetivo. Como tal, ela se refere a valores pelos quais vale lutar e que se relacionam a um ideal de sociedade mais justa e solidária. Para Mattos (2006), como imagem objeto, a integralidade é polissêmica, ou seja, tem vários sentidos. Daí a dificuldade em se defini-la conceitualmente. Como um de seus sentidos, a integralidade pode ser representada pela integração entre as ações dos vários subsistemas do Sistema

Único de Saúde, sejam eles dentro do próprio setor da saúde ou no plano intersetorial, ou seja, numa rede cujos pontos são conectados e que possuem objetivos em comum.

Para Pinheiro e Luz (2003), discutir integralidade nos moldes de funcionamento ocidental é uma tarefa difícil, já que o mundo ocidental orienta-se por uma racionalidade idealista a qual pressupõe que o pensamento constrói uma prática que, quando mais pensada, mais próxima da perfeição, ou seja, de um modelo que tem como força orientadora e justificativa de ser seguido, a própria razão, que se separa da prática; isso caracteriza a racionalidade técnico-científica. Além dessa orientação, o modo ocidental de se orientar frente aos processos da vida é também construído de acordo com os moldes do capitalismo, ou seja, o pensar ocidental segue o cálculo da produção e a criação de técnicas e de conhecimentos específicos para desenvolver e incrementar tais técnicas. O casamento entre a forma de produção capitalista e a racionalidade técnico-científica constrói uma vida social que apresenta uma divisão entre a produção do saber e a produção prática cotidiana de materiais e bens de serviço e de consumo; cria necessidades mais individualizadas na busca do sucesso no mercado de trabalho e no consumo da alta produção de bens e de serviços gerada pelo sistema de produção. Diferente desse modo de vida, uma das facetas da integralidade seria “uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado da saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde.” (Pinheiro e Luz, 2003, p.7). Para as autoras, estratégias de democratização da gestão de saúde levam em consideração a dialética entre o conhecimento científico e o conhecimento popular, horizontalizando a importância de ambos para ações de reabilitação, de prevenção e de promoção de saúde. Com isso, essas estratégias promovem uma modificação do objeto com que lida tais ações já que amplia seu olhar para fatores determinantes do processo saúde-doença. O que também corrobora com o esforço da Saúde Coletiva e da Atenção Psicossocial.

Nesse sentido, as estratégias para a democratização e para a descentralização dos serviços e da gestão de saúde, pautadas na agenda da Saúde Coletiva e da Reforma Psiquiátrica, surgem como potenciais de criação de novas formas de agir em relação à saúde com integralidade e não como espaços de verificação de idéias. Por via dessas estratégias, o campo da saúde apresenta uma tendência a superar a dicotomia que há entre a esfera política e a esfera técnica, superando a dicotomia entre o saber e a prática e a subordinação da segunda em relação à primeira (Pinheiro, 2006). Aqui podemos

fazer ligação com o processo de horizontalização do poder entre os saberes preconizados nas formas da organização dos dispositivos institucionais na Atenção Psicossocial e também os propostos pela Saúde Coletiva.

O desafio posto pela integralidade está no fato de que o:

[...] conhecimento das necessidades e demandas individuais e coletivas acerca da saúde devem ser resultantes da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, nos diversos níveis de atenção à saúde individual e coletiva. No plano individual, a integralidade é construída no ato da atenção individual e, no plano sistêmico, esta encontra suas garantias nas ações oferecidas pela rede de serviços, nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados. (PINHEIRO, 2006, p. 65).

De acordo com Franco e Magalhães Jr (2003), para a construção da integralidade, o cuidado em saúde não deve se concentrar na ação estritamente médica, mas deve se organizar de forma multiprofissional, tendo como elemento estruturante o usuário. Além disso, deve-se garantir a conexão entre os níveis de atenção primária, secundária, emergencial e hospitalar por meio da gestão do Projeto Terapêutico Singular pela equipe de atenção básica à saúde.

Um atendimento, para ser integral, também não deverá se preocupar apenas com os aspectos sociais ou somente com os aspectos referentes à constituição subjetiva. Na singularidade dos casos, a integralidade aplica-se para analisar os fatores sociais, subjetivos e biológicos, para reconhecer as necessidades e possibilidades e para agir junto a elas (Campos, 2000).

Em meio a multiplicidade “saúde pública”, a confluência entre a Reforma Psiquiátrica, a Reforma Sanitária e a Saúde Coletiva estabelece a relação entre diversas estratégias de atenção que compõem os modelos alternativos ao médico-hegemônico, buscando, pois, a integralidade nas ações de saúde. É importante ressaltar a emergência da relação entre as estratégias Saúde da Família e Centro de Atenção Psicossocial.

4.1 - Estratégia Saúde da Família e Centro de Atenção Psicossocial: estratégias convergentes para da integralidade

Scóz e Fenili apontam que, apesar das especificidades das ações de cada estratégia, elas possuem princípios e métodos convergentes como:

- os princípios do SUS;
- a territorialização e a responsabilidade pela demanda;
- a desinstitucionalização das pessoas internadas e a criação de novas formas de atendimento;
- as modalidades de cuidado que garantam a escuta, o vínculo, que potencializem as singularidades, as biografias, as raízes culturais, as redes de pertencimento e estejam atentas e recusem as formas de medicalização, psiquiatrização e psicologização;
- o trabalho em equipe interdisciplinar;

Para Scóz e Fenili, sobre a convergência entre a ESF e o CAPS

[...] acredita-se que, a efetiva melhora na qualidade de vida converge para a realização do cuidado em saúde no próprio núcleo familiar. A substituição do modelo hospitalocêntrico, centrado na doença, na exclusão social, intramuros, por um novo modelo de atenção descentralizado e de base comunitária, exigirá também uma adaptação dos profissionais, que deverão, através do processo de capacitação, se instrumentalizarem para permitir a viabilização do novo modelo assistencial. Concomitante, o grupo familiar parceiro deste modelo, deve assumir seu papel de ajudar o membro mais fragilizado a conviver com a situação, desta forma diminuindo a internação. (SCÓZ e FENILI, 2003, p.74).

Portanto, a atenção psicossocial e a ESF possuem princípios congruentes e, na lógica de rede da nova proposta de gestão de saúde e na lógica da promoção da saúde bem como da Atenção Psicossocial, estratégias para a criação de um atendimento integral são compartilhadas.

4.2 - As tensões entre Integralidade, Saúde Coletiva e Atenção Psicossocial

Apesar da confluência de princípios entre as emergentes práticas e teorias na cena da saúde pública, aponta-se uma tensão existente entre a Integralidade e as duas correntes teórico-práticas que foram aqui abordadas como emergentes na construção de

um modelo alternativo ao médico-hegemônico: a Saúde Coletiva e a Atenção Psicossocial. A tensão entre Integralidade e Saúde Coletiva está no fato de essa última, para Campos (2007), reduzir a importância do aspecto subjetivo dos problemas, dando grande ênfase aos aspectos sociais; além disso, ele aponta uma grande lacuna, não só da Saúde Coletiva, mas também de todas as correntes da determinação social das doenças, que é a redução do papel da clínica na produção da saúde.

Já em relação à Atenção Psicossocial, a contradição não se localiza no plano teórico-conceitual. Antes, aparece como tendência, pois depende da forma como se organizam os serviços e a gestão de saúde no SUS. Um serviço que é construído na rede do SUS não necessariamente consegue se orientar pelas diretrizes da integralidade, da participação popular e da descentralização. A variada composição de serviços de saúde mental e gestão, articulados ou não em rede inter e intra-setorial, como é o caso do Brasil, por ser composto por uma multiplicidade de territórios, dispõe de serviços que tanto conseguem construir um atendimento integral quanto acabam dando ênfase exacerbada a algum aspecto componente da vida e do sofrimento, construindo atendimentos não integrais, mesmo que recebam o nome de estratégias como, por exemplo, Centro de Atenção Psicossocial.

Essa tendência se evidencia em dependência do arranjo organizacional disposto pela gestão da saúde em relação às equipes de saúde. Uma gestão que se preocupa em articular suas unidades de atendimento por meio de um programa implicado nos princípios do SUS tende a criar um arranjo organizacional de rede favorável à integralidade entre os níveis de atenção e a capacitar os profissionais para enxergarem as conexões entre as diversas facetas do ser humano, a social, a econômica, a orgânica, a cultural e a subjetiva. Um arranjo de serviços em rede que preza pela integralidade tende a priorizar o lugar e o momento em que surgem as primeiras dificuldades e necessidades de cuidado: o território e a família. Ações nesse nível dos problemas colaboram para a promoção da saúde do território a partir do momento que leva em consideração o seu cotidiano e das famílias que o compõem (Case, 2000). Além disso, quando se fala em modos de se fazer saúde, evoca-se a necessidade de políticas públicas que, de acordo com Benevides & Passos (2005),

[...] não pode se manter apenas como propostas, programas, portarias ministeriais. Da política de governo à política pública não há uma

passagem fácil e garantida. Construir políticas públicas na máquina do Estado exige todo um trabalho de conexão com as forças do coletivo, com os movimentos sociais, com as práticas concretas no cotidiano dos Serviços de saúde (BENEVIDES & PASSOS, 2005, 391).

Ponto não menos importante para a construção de um atendimento integral é o arranjo organizacional dentro de uma equipe de saúde, que é influenciado pela gestão da saúde territorial. As equipes, cujas dinâmicas não processam as diferenças entre os conhecimentos de seus profissionais num conhecimento interdisciplinar, tendem a construir Projetos Terapêuticos e relações de cuidado fragmentadas e fechadas na especialidade dos saberes profissionais. Além disso, as estratégias novas em saúde, que compõem um arranjo interdisciplinar como modo de operar, incumbem-se da responsabilidade por pessoas e famílias com um fim de construir com elas uma melhor qualidade de vida. Para tanto, o tratar extrapola a visão para a doença e para o doente e passa a olhar para o Seu João, a Dona Maria e todos os atores da cena social (Cabral et al, 2000).

Toda essa complexa combinação determina visões diferentes sobre a integralidade nas posturas profissionais frente aos desafios da construção de diferentes estratégias de cuidado em saúde mental. Trata-se de um processo chamado “história” em seu aspecto micro dinâmico. A fluência comunicacional e a cumplicidade dessas equipes ao programa de saúde territorial (caso exista) estão diretamente relacionadas à integralidade do atendimento que cria demandas e interfere na teia sócio-cultural.

E o desafio da Atenção Psicossocial com a criação de novas formas de cuidado integrais parece ser tanto maior quanto maior é a necessidade de interação entre profissionais e quanto maior é a necessidade de sair do espaço institucional-predial em que se aloca um cargo público e de argumentar em prol de mudanças culturais em longo prazo em detrimento da exclusividade de medidas que proporcionam rápido tamponamento do sofrimento (como a medicalização).

Retomando a idéia de que modelos de atenção também organizam as relações entre os sujeitos envolvidos na cena da saúde, criam e alimentam a forma de se encarar os problemas de saúde e que mediam os processos históricos, políticos e sociais com o cotidiano dos serviços de saúde (Carvalho e Cunha, 2007) podemos considerar que a tendência dos serviços de Atenção Psicossocial em se distanciarem da integralidade no

atendimento é comparada a uma corda bamba na qual a atenção caminha e cai ora para um lado, ora para outro, pois os modelos não existem separados e rigidamente aplicados para que seus objetivos sejam alcançados. Antes, os modelos de atenção dividem a cena da saúde e, mesmo seus aspectos instituídos, criam diversas formas de prevalecerem por sobre pulsões instituintes e contraditórias; reproduzem-se de maneiras diferentes, formando lacunas dentro de sua estrutura; e, no caso em questão, o modelo biomédico e a Atenção Psicossocial são contraditórios. Compõem, por fim, a multiplicidade da criação de formas de cuidado em saúde.

Vê-se que a multiplicidade “saúde pública” traz em seu bojo as tensões entre modelos de atenção. Essas tensões dão-se, dentre outras maneiras, por meio de estratégias de implantação desses modelos de atenção.

4.2.1 - As materializações das tensões entre os modelos

Esse tópico será destinado ao levantamento de parte da bibliografia referente às experiências de implantação e desenvolvimento de ESFs e às tentativas de integração entre a atenção básica e a saúde mental.

Brêda e Augusto (2001) relatam uma experiência ocorrida na periferia de Maceió, onde a equipe de ESF lida, dentre outras demandas, com os transtornos mentais sem uma retaguarda de uma rede de apoio à atenção básica substitutiva ao modelo biomédico. A partir dessa configuração, eles relatam a primazia da internação psiquiátrica e da alta prescrição de medicação como os benzodiazepínicos nas ações em saúde mental que não possuem um suporte de serviços substitutivos ao médico centrado em saúde mental.

Tanaka e Lauridsen-Ribeiro (2006), em estudo acerca do atendimento dos pediatras de uma UBS de São Paulo (a que são adscritas 48.170 habitantes), apontam que a falta de integração desses profissionais com demais disciplinas da área da saúde é uma das principais condições da dificuldade desses profissionais em lidar com as demandas de saúde mental na infância. Apontam a reorganização dos demais serviços da rede de saúde como principal estratégia para um atendimento integral a essa demanda.

Amaral, em 1997, ao estudar a atenção à saúde mental na rede básica a partir da idéia de eficácia do modelo assistencial, no município de Campinas, chegou à seguinte conclusão:

Foram evidenciados problemas na implementação da política de saúde mental para a rede básica relativos à definição das políticas, à organização do processo de trabalho das equipes de saúde e aos resultados alcançados. Foi referendado o diagnóstico de que a transformação do modelo manicomial demanda a existência de novos equipamentos de reabilitação psicossocial e a articulação intersetorial para alcançar seus objetivos de desospitalização e resgate da cidadania dos doentes mentais. (AMARAL, 1997, p.288).

No texto “Saúde Mental E Atenção Básica O Vínculo E O Diálogo Necessários Inclusão Das Ações De Saúde Mental Na Atenção Básica” organizado pelo Ministério da Saúde, apontam-se, como as principais dificuldades para a inserção da prática em saúde mental na atenção básica, a falta de recursos de pessoal e a falta de capacitação dos profissionais para lidar com esse tipo de arranjo estratégico. Como complemento dessa idéia, outra dificuldade é a falta de capacitação dos gestores e também das pessoas que usam do SUS no que diz respeito, principalmente, à apropriação dos espaços públicos de gestão da saúde (BRASIL, Ministério da Saúde).

Saraiva (2008) relata a implantação do Apoio Matricial junto à rede de ESF de Florianópolis, por meio de uma parceria entre as unidades de atenção básica e serviços de saúde mental, pela qual o trabalho conseguiu envolver toda a rede de saúde no trabalho de matriciamento. De acordo com a autora,

Este arranjo assistencial, de integração entre as equipes de SF (Saúde da Família) e o conjunto dos dispositivos de SM (Saúde Mental), possibilita que a ESF assuma seu papel de reordenador do modelo assistencial em saúde a partir da atenção básica. A simples reorganização da rede assistencial de saúde mental permitiu também que fosse criado um espaço de educação permanente para os profissionais de SF. (SARAIVA, 2008, p.50)

Nota-se que, em relato, essa experiência avança na implantação do SUS e na capacidade estratégica que a ESF tem em reordenar a porta de entrada na saúde e lidar com o que se chama de transtornos mentais leves na atenção básica. Nessa experiência, um importante diferencial, dentre outros, com os demais casos relatados, está na magnitude da rede envolvida, incluindo aí um programa da gestão municipal para a implantação desse arranjo.

De forma geral, esses trabalhos indicam avanços e recuos na tentativa brasileira de criar novos modelos de atenção à saúde, alternativos ao biomédico. Relatam experiências que, mesmo que isoladas e/ou não programáticas, colocam em evidência a potência de estratégias emergentes na criação de novas formas de cuidado coerentes com os princípios do SUS. Evidencia, contudo, que a implantação do SUS não se dá e nem se dará apenas pela regulação legislativa. Coloca em cena a necessidade de inserir, na formação dos gestores, profissionais e usuários do SUS, a capacidade de entender e refletir sobre as diferenças entre formas de cuidado junto à capacidade da prática de coresponsabilização e facilitação da democracia no âmbito das práticas e da gestão da saúde.

Nesse contexto, surge uma série de estratégias que potencializam a capacidade reflexiva dos profissionais, gestores e usuários do SUS e que, mesmo que não atadas por meio de um programa exposto e divulgado, delineiam contornos de um SUS sólido e coerente. Surgem lutas, desafios, avanços e retrocessos na criação de formas de cuidado em saúde alternativas às medicalizantes. As diversas experiências relatadas não abordam que as emergentes estratégias de democratização e de formação de rede para a criação de novas formas de cuidado em saúde devem contemplar, além dos profissionais, as demais pessoas que usam do serviço de saúde e também os gestores de saúde, que têm importante posição para laçar todas essas estratégias num programa coerente, mas não tão fechado que impeça que as pessoas envolvidas consigam lidar com uma das principais características das cenas de saúde: a impresivibilidade contida na singularidade de cada caso e de cada contexto.

Nesse sentido, ressalta-se a importância de se criar convergências entre essas diversas estratégias, pois é nessas convergências que se encontram os problemas ligados à saúde e as suas possibilidades de superação. É no encontro entre pessoas e instituições que o campo da saúde se cria, seja pelo surgimento de agravos à saúde física e mental seja na criação de cuidados medicalizantes ou integrais. Campos, através da Proposta Paidéia, tem sistematizado a confluência entre as estratégias das Reformas Psiquiátrica e Sanitária com as da Saúde Coletiva.

5 - Paidéia: uma proposta de superação das tensões

A sistematização proposta por Campos (2003) é denominada de “co-produção singular de saúde e doença”, composta por um modelo interpretativo e metodológico denominado pelo autor de Paidéia. O autor usa das expressões “co-produção singular de saúde e doença” e “Teoria Paidéia” para se referir a essa sistematização e a coloca em paralelo com a vertente da “determinação social da doença” que é por ele caracterizada como paradigma; ele, então, coloca sua teoria em paralelo à outra com o intuito de tensionar esse paradigma e integrar a clínica e a saúde coletiva, partindo do pressuposto de que a saúde não é um objeto da Saúde Coletiva, mas sim sua finalidade, um objetivo a ser perseguido. O objeto é o processo de adoecimento que possui três facetas: o ambiente, a organização social e as pessoas.

Campos (2003) se baseia na idéia de Paidéia da Grécia antiga. A tradução simples do termo quer dizer “criação de meninos”. Todavia, essa tradução não representa o que os gregos do século IV a.C. tinham por Paidéia. Esse termo representava um amplo método educacional que tinha por objetivo desenvolver os potenciais do espírito humano no sentido de tornar as pessoas não só homens, mas também cidadãos perfeitos. É nesse sentido que o termo Paidéia aparece na síntese proposta por Campos para estratégias de gestão da saúde: espaços e arranjos que potencializam a capacidade crítico-analítica dos membros envolvidos na cena da saúde.

Paidéia seria um processo de desenvolvimento ampliado das pessoas, capacitando-as a defender a si mesmas e aos seus interesses, em integração com outros interesses e perspectivas – ética do desejo e ética do desejo do outro e ainda ética do contrato social. E ainda tudo isso realizado sem o emprego de métodos violentos. (CAMPOS, 2007, p.64).

Campos (2007) aponta as principais diferenças do Paidéia em relação às correntes da determinação social da doença, tanto as latino-americanas quanto a anglo-saxão:

1º - a importância do sujeito na co-construção dos processos de saúde e doença por meio de ações políticas, sociais, de gestão e de trabalho;

2º - pressupõe uma “dialética multifatorial”, ou seja, diversos fatores interferem simultaneamente no processo saúde e doença por via de relações conflitantes e complementares; a partir do enfoque da co-construção, vislumbra-se um contexto de poder e de disputas muito complexo, pois entram em cena as idéias de “interesse” e de “desejo”, sejam individuais ou coletivos; isso torna difícil prever o sentido que algumas

interferências tomam, mas conhecer tendências é fundamental para a criação de situações singulares onde antes (no modelo médico-centrado) era um quadro de reprodução de idéias;

3º - todo o produto dessa múltipla interação é uma “resultante singular”; ressalta-se a peculiaridade de cada caso e o caráter potencial de todo produto em tencionar os paradigmas que norteiam os processos como se fossem linhas retas.

A partir da orientação proposta acima, Campos (2007) defende a idéia de que os procedimentos em saúde não podem ser considerados mercadorias, mas possuem um valor de uso por terem o potencial de atenderem a necessidades sociais. Esse valor de uso, de acordo com o autor, é sempre co-produzido por lutas entre os saberes, interesses econômicos, interesses e necessidades da população, prática política, prática profissional e instituições como os aparelhos da mídia, religiosos e etc. A todo tempo, esse valor é co-produzido e deveria se voltar, na cena da saúde, para a defesa da vida das pessoas.

Na metodologia Paidéia, de acordo com Campos (2003), prioriza-se pela criação, construção e manutenção de co-gestão nas instituições de saúde além de objetivar o aumento da capacidade crítica de análise dos atores envolvidos. Para ele, “co-gestão é um modo de articular (saberes) em um campo que assegure saúde à população e realização pessoal dos trabalhadores” (CAMPOS, 2007, p.17). Usa-se do intercâmbio de saberes sem fazer com que os profissionais percam suas próprias identidades ético-profissionais numa mistura sem profissões e especialidades envolvidas, ou seja, percebe-se a importância da interdisciplinaridade. E é através essa relação que se torna possível agir junto a um território em nível de sua integralidade, alterando não só o ambiente, mas também as pessoas e as relações sociais.

Como metodologia Paidéia, Campos (2003) ressalta o caráter fundamental de explicitar o compromisso de um projeto de saúde aos atores envolvidos, o que permite a possibilidade de criação de vínculos entre usuários e projeto. O vínculo normalmente se constrói em cima de expectativas exageradas que podem ser esclarecidas ao longo do tempo. Para o autor, vínculo é a circulação de afetos entre pessoas. Trata-se de uma mútua confiança, sem paternalismo e sem fanatismo. Trata-se de acreditar no Projeto Terapêutico Singular como apoio e não como solucionador de todos os problemas; acreditar no agente da saúde, mas sem lhe entregar a vida; acreditar na capacidade de os usuários superarem as condições adversas, oferecendo-lhes apoio quando necessário.

Em sua proposta, Campos (2003) enfatiza a necessidade de se traçarem diretrizes que formalizem os vínculos para que haja, de fato, co-produção singular de saúde já que criar vínculos gera responsabilização com o projeto em questão.

Além disso, para Campos (2003), Paidéia é uma postura metodológica com o objetivo de reformular práticas de gestão, distanciando-se do tradicional. Trata-se de uma prática com trabalhadores e membros de um determinado serviço e não se trata de práticas sobre eles. Essa postura indica uma pressão de fora sobre o que está instituído e interfere em três principais facetas: na produção de bens ou serviços para pessoas externas à organização; na própria organização e reprodução da instituição de trabalho; e, ainda, interfere na produção subjetiva e social dos atores envolvidos, direta ou indiretamente, no método. O diferencial desse método, para o autor, está na terceira faceta de transformação – as pessoas – já que a gestão tradicional esquece essa faceta, preocupando-se somente com a organização e sua produção de bens e/ou serviços.

Campos (2003) resgata como recursos metodológicos para a metodologia Paidéia:

- formar rodas, ou seja, *settings* com potencial de relações entre sujeitos, de análise de situações e de tomada de decisão;
- fazer circular nesses *settings* as relações de poder, de afeto e referentes ao saber;
- inserir no processo de apoio as três finalidades inerentes a esse processo, a lembrar: a formação institucional para a prestação de seus serviços, a organização e a reprodução da própria instituição e, por fim, a preocupação do desenvolvimento e da realização pessoal e profissional de todos do grupo envolvido.
- trabalhar com a dialética entre ofertas externas e demandas do grupo; ambas, oferta e demanda, aparecem aqui como eventos de movimentação para ou do grupo,
- apoiar significa pensar e fazer junto às pessoas e não para elas ou sobre elas.

Para o autor, formar rodas é criar espaços coletivos de reflexão, decisão de Projetos Terapêuticos e encaminhamentos. Um lugar onde “circulam afetos e Vínculos são estabelecidos e rompidos durante todo o tempo. É o espaço para elaboração do Contrato e para a elaboração de um Projeto de Intervenção” (CAMPOS, 2003, p. 30).

Por meio desses espaços, é possível a mediação na discussão de temas de importância para a realidade vivida pelos atores envolvidos. O trabalho em cima de temas pode ser dividido em: temas demandados pelo grupo de usuários ou pela organização e temas ofertados pela equipe técnica apoiadora. Dentre a infinidade de temas, há de se ter escolhas e, portanto, os atores envolvidos devem apontar as prioridades. O autor aponta os seguintes critérios para essa escolha:

- repercussões negativas sobre a saúde;
- a existência de formas de se enfrentar o problema;
- o potencial que o tema tem em estimular a participação das pessoas envolvidas.

A convergência das estratégias levantadas por Campos (2003) pode promover um efeito que é

[...] um processo social e subjetivo em que pessoas ampliam a sua capacidade de buscar informações, de interpretá-las, objetivando compreenderem-se a si mesmas, aos outros e ao contexto, aumentando, em consequência, a possibilidade de agir sobre estas relações. (CAMPOS, 2003, p.87).

Esse efeito é possível, pois o método age sobre as práticas sociais, sobre a política e sobre a gestão de coletivos. Esses três locais do processo de trabalho são interdependentes. Nessa ação, tem-se como pano de fundo a política de movimento. Tal política busca a composição de interesses na formação de projetos que incluam a maior diversidade de grupos ou classes envolvidas no Método. Pressupõe-se, pois, um jogo de interesses que pode se evidenciar por meio de conflitos que, por sua vez, tornam-se passos para a composição e construção de contratos e compromissos entre os atores envolvidos. Esse passo é dado mediante a democratização das instituições no sentido de dar espaço ao instituinte num jogo de forças com as formas de controle social. O método Paidéia tenta associar três dimensões das pessoas e instituições: o poder, o saber e os afetos. A criação de espaços nos quais caibam essas três dimensões permite que grupos e sujeitos produzam novas formas de vida e de funcionamentos institucionais mais democráticos.

Ainda como efeito esperado do Paidéia, está o aumento da capacidade de os grupos integrantes dos processos de trabalho conseguirem analisar a dinâmica de desejo e de interesses próprios e do coletivo, compactuando com projetos que levem em

consideração, além desses desejos e interesses, uma análise ampliada do contexto sócio-histórico.

A sistematização de Campos (2003), por meio da metodologia Paidéia, é proposta como a união entre a clínica e a Saúde Coletiva, já que, de acordo com o autor, esta última reduz a importância dos aspectos subjetivos na construção do sofrimento das pessoas e a clínica médica, por sua vez, resume-se a procedimentos voltados à eliminação de sintomas, pois a medicina produz relações paradoxais com a sociedade (Clínica Oficial). Por um lado, ela possui a imensa capacidade de prática de controle social, domesticando o corpo ao tempo das medicações, ou seja, rápida, pontual e determinando a posição dos corpos em diversas instituições com seus respectivos horários de funcionamento. Todavia, por outro, cresce a alienação dos agentes de saúde em relação à concretude dos sujeitos sobre quem se depositam os procedimentos, tendo em vista a alta especificidade das práticas e do conhecimento médico que não se conectam, como se cada parte do organismo fosse corpo estranho em relação às outras, além da aplicação automática de procedimentos específicos (Clínica Degradada). Em suma, as diretrizes “integralidade” e “interdisciplinaridade” não são aplicadas nas formas de clínica que o autor denomina de Oficial e Degradada.

Campos (2003) propõe a superação desse paradoxo no sentido de avançar por sobre a especificidade de conhecimentos que não se conectam e não captam a integralidade dos corpos. O autor acrescenta uma estratégia já aqui abordada por meio da Reforma Psiquiátrica e da Saúde Coletiva: a interdisciplinaridade numa gestão coletiva de Projetos Terapêuticos; não se trata de negar a especificidade de cada profissional de uma equipe, mas sim conectar tais conhecimentos (Clínica Ampliada). Em sua proposta de Clínica Ampliada, Campos (2003) não nega o espaço da doença, mas reavalia sua posição, ou seja, ele revela a importância da regularidade do conhecimento e da prática, que surge a partir de e mantém o conceito de doença, pelo fato de essa sistematização oferecer confiança à equipe, tendo em vista a objetividade com a qual reveste os procedimentos: trata-se de proceder sem riscos. O problema é quando ontologiza-se a doença encarando-a como um Ser além do Sujeito; um Ser a ser enfrentado pelos procedimentos padrões; nesse momento, a prática da saúde perde a capacidade de conhecer e de operar frente à singularidade de cada caso.

“Da ontologia à ortodoxia, no entanto, há apenas um passo. Sobre essas supostas verdades, em geral, organiza-se todo um sistema de poder, uma hierarquia de guardiões, de fiéis defensores da identidade da ontologia contra a variação da vida”. (CAMPOS, 2003, p.65).

Para o autor, na Clínica Ampliada usa-se de um método que

[...] consiste em reconhecer o risco e a vulnerabilidade de cada caso singular, e de compor um conjunto de elementos terapêuticos variáveis conforme o sujeito-enfermo, o contexto (possibilidades e limites de recursos) e a análise do risco implicado. (CAMPOS, 2007, p.54).

A sistematização proposta por Campos (2003) desenvolve a noção de Apoio Especializado Matricial; trata-se da parte denominada pelo autor de organização horizontal do processo de trabalho por meio da qual os conhecimentos específicos conectam-se e auxiliam na consecução do trabalho do profissional que coordena tal consecução pré-traçada e acordada por toda a equipe, pelo usuário e pelo familiar.

5.1 - Apoio Matricial

Para se entender o Apoio Matricial, é necessário antes esclarecer o papel da Equipe de Referência. A Equipe de Referência (ER) é ao mesmo tempo um arranjo organizacional e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde (Campos, 1999). Um determinado território é dividido em áreas de abrangência às Equipes de Referência. Essas divisões ficam adscritas (partilham responsabilidade) em relação à Equipe de Referência.

Como arranjo, a ER tem o objetivo de potencializar a interdisciplinaridade bem como de ampliar a clínica construída a partir dessa equipe, ou seja, potencializar o entendimento sobre a saúde como um processo inserido em um determinado tempo histórico, desenvolvido por condições sociais, econômicas e naturais específicas de um determinado território; além disso, ampliar a clínica significa integrar ações dos vários atores envolvidos na cena da saúde e chamar mais atores que podem ou deveriam contribuir para essa cena (Campos, 1999).

Ainda para Campos (1999), como metodologia para a gestão do trabalho de saúde, a Equipe de Referência visa horizontalizar o poder concentrado no conhecimento das especialidades, estabelecendo a conversa entre essas várias especialidades no sentido de todas contribuírem na gestão das ações da saúde enquanto equipe. E o efeito mais promissor e esperado desse arranjo é o deslocamento dos atores envolvidos de suas posições defensivas de especialistas para uma posição de co-responsabilização frente ao objetivo – a saúde territorial.

Como a ER, o Apoio Matricial (AM) trata-se de um arranjo organizacional e, ao mesmo tempo, uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, com o objetivo de ampliar a perspectiva conceitual e de ação da clínica além de integrar dialogicamente as várias disciplinas, especialidades e conhecimentos que se debruçam na cena da saúde pública (Domitti e Campos, 2007).

O Apoio Matricial trabalha junto a uma Equipe de Referência; o apoiador detém um conhecimento específico que é demandado pela ou oferecido para a ER. Por meio de determinadas estratégias, ele procura construir e ativar espaços de comunicação e compartilhamento de conhecimentos, agregando saberes específicos ao conhecimento da ER e colaborando na resolução de problemas de saúde. Dentre essas estratégias, apontam-se duas:

1- reuniões e encontros periódicos entre Equipe de Referência e apoiador(es), com o objetivo de discutir problemas levantados por essa equipe, além de elaborar Projetos Terapêuticos e ações de intervenção;

2- intervenção direta do apoiador em casos mais difíceis, que normalmente envolvem risco das pessoas envolvidas e componentes do Projeto Terapêutico Singular; essa intervenção é acionada por meios diretos de comunicação como, por exemplo, o telefone.

Nota-se que a relação entre Apoio Matricial e Equipe de Referência é dinâmica e necessita de uma grande sintonia comunicacional e de objetivos para que as ações planejadas consigam ser executadas e, além disso, tão importante quanto, tenham juntas uma rede de cuidado que preze pela autonomia das pessoas. Para Domitti e Gastão (2007)

[...] o conceito de projeto terapêutico tem se mostrado útil para mediar esse tipo de relação. Trata-se de uma discussão prospectiva de caso, em que, depois de uma avaliação de risco e de vulnerabilidade

compartilhada, são acordados procedimentos a cargo de diversos membros da equipe. (DOMITTI e GASTÃO p. 405).

Carvalho e Cunha (2007) discutem o “Projeto Terapêutico Singular” (PTS) como uma estratégia para propiciar uma atuação integrada de uma equipe e de facilitar um arranjo interdisciplinar. Eles o definem como “uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito doente e sua relação com a doença, para definição de propostas de ações.” (CARVALHO e CUNHA, 2007, p.847). O termo “Singular”, da expressão, aponta a peculiaridade de cada caso, ou seja, as diferenças que há entre todos os casos discutidos. Esses autores propõem a divisão do PTS em cinco momentos que será usada, nessa pesquisa, como metodologia de apresentação da discussão. Portanto, os cinco momentos serão caracterizados no capítulo “Metodologia”.

Para Campos, o “singular é o situacional” (2007, p. 53), ou seja, é a síntese entre os sujeitos e os diversos contextos de trabalho, sociais, organizacionais, econômicos, políticos e etc.. O desafio da política de saúde é conseguir captar esse singular e traduzir as diretrizes, como a integralidade, para as necessidades desse singular.

Nota-se ainda que as estratégias básicas de trabalho entre o Apoio Matricial e a Equipe de Referência permitem e potencializam analisar os problemas de saúde tendo em vista múltiplas direções e muitos sentidos, além de gerar uma gama também diversificada de respostas e ações para a resolução desse problema.

Estabelece-se, na microdinâmica das relações entre membros do Apoio Matricial e da Equipe de Referência, um complexo rearranjo de conhecimentos e posições subjetivas das pessoas envolvidas, que tende a ampliar a capacidade de todos para pensar e agir na cena da saúde de forma coerente com os princípios que norteiam o SUS. Ou seja, essas estratégias permitem horizontalizar as relações que normalmente são verticais quando se colocam juntos em cena, por exemplo, conhecimento médico e conhecimento empírico-popular.

O exercício de modelos horizontais nas formas de organização institucional tenderá a favorecer concepções de ‘objeto’ centradas no saber múltiplo, presente no campo, e uma forma de divisão do trabalho (‘integração em profundidade’) capaz de superar radicalmente o modelo fragmentador. (COSTA-ROSA, 2000, p.164).

As características dessas estratégias e de seus resultados acompanham o sentido do termo “matriz” de Matricial: a matriz da matemática refere-se a um conjunto de

números que estabelecem entre si, diversas relações tanto na vertical quanto na horizontal, além das relações transversais.

Para Campos (2003), a reestruturação das organizações de saúde tende a melhorar a responsabilidade sanitária por meio da humanização e eficácia dos vínculos entre membros de uma equipe de saúde e pessoas do território adscrito à estratégia. Reuniões nas quais se horizontaliza, por meio do embate, o valor que as disciplinas podem oferecer, podem gerar desconforto, pois são comuns, nesses embates, as críticas e a concorrência comum na sociedade capitalista. Se uma unidade de saúde orienta o seu projeto institucional para metas de produção numérica que geram mais recursos, essas críticas e concorrência serão fruto e, ao mesmo tempo, contribuirá para que cada profissional se feche em sua disciplina e círculo de conhecimento, deixando de acontecer, assim, a relação interdisciplinar tão facilitadora de um serviço que se quer democrático e produtor de saúde. Observa-se que o Apoio Matricial é um arranjo que preza pela interdiplinaridade e é orientado por ela. Esse rearranjo tem, dentre os seus objetivos, a expectativa de criar ações pautadas no princípio da integralidade.

Pretende-se refletir sobre uma experiência inspirada nos princípios e metodologias do Apoio Matricial proposta pela ótica da Atenção Psicossocial. Essa proposta surgiu com o intuito de construir ações de cuidados que se orientem pelo princípio da integralidade e o representem. Pretende-se, pois, estudar as relações geradas pela ação realizada e baseada no Apoio Matricial com o princípio da Integralidade, proposto sob a ótica da Atenção Psicossocial, mais especificamente a possibilidade que essa experiência constrói de fazer com que a tendência à especialidade apontada anteriormente não passe de tendência e que a tendência a ações pautadas na diretriz integralidade possam se consumir na cena da atenção à saúde pública. De acordo com Costa-Rosa, Luzio, e Yasui (2001), pode-se

[...] considerar como de significativa relevância o fato de que os 'marcos conceituais' (dentre eles a atenção integral* nota do autor) do RELATÓRIO DA SEGUNDA CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, realizada em 1992, estejam perfeitamente em sintonia com as premissas gerais do Modo Psicossocial para os tratamentos psíquicos na Saúde Coletiva. (COSTA-ROSA, LUZIO, E YASUI, 2001, p.17).

E será a partir dessa relação que se fará a discussão dessa pesquisa, com a seguinte problemática: essa relação estabelecida entre serviço de saúde mental e

Estratégia Saúde da Família caracterizou-se como um Apoio Matricial? Qual o reflexo dessa experiência na criação de novas formas de cuidado em saúde mental, orientadas pelo princípio da integralidade? Como a tensão entre a Atenção Psicossocial e a Integralidade cria novas formas de cuidados em saúde mental, por meio de ações baseadas no Apoio Matricial?

Defende-se que o complexo de relações orientado pela Atenção Psicossocial e pela Integralidade, a partir do momento que estabelece relações horizontais de cuidado em saúde mental, caracteriza-se por uma força exponencial de ações integrais, pois cria conexões que mudam a natureza da saúde pública; a experiência baseada no Apoio Matricial potencializa essa criação, pois possibilita o crescimento das dimensões relacionais numa multiplicidade que, à medida que cresce, muda sua natureza e as próprias formas de cuidado pensadas e construídas (Deleuze E Guattari, 1995).

Capítulo II - O TERRITÓRIO

Trata-se de município do oeste do Estado de São Paulo, com uma área de 597,5 Km² e densidade demográfica de 49,0 habitantes por Km² (Censo 2007 - Resultado Preliminar IBGE), com uma população de 29.572 habitantes. O município é distante 428 km da capital do Estado.

Possui, dentre outras instituições, 1 hospital Filantrópico - Santa Casa de Misericórdia Imaculada Conceição, 3 Unidades Básica de Saúde, 2 unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF), 1 Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, 1 Ambulatório de Saúde Mental, 1 Unidade da Vigilância Sanitária e 1 Vigilância Epidemiológica.

O ciclo do trigo, da soja, do milho e da mandioca, juntamente com a cana e o café, constituem hoje a principal atividade econômica do município. Além disso, no campo industrial, destacam-se as fábricas de farinha e fécula de mandioca, de bebidas, de móveis, e outras; no comércio, comercialização de produtos agropecuários, cereais e gêneros alimentícios; na prestação de serviços, destacam-se os escritórios de contabilidade e serviços de manutenção de máquinas e equipamentos. O Município conta com um Distrito Industrial.

Possui três distritos com populações de 694, 1.029 e 2.072 habitantes (Censo 2000 IBGE), sendo que é no mais populoso onde se encontra a unidade de ESF que participa da experiência relatada nessa pesquisa. Todos possuem ruas pavimentadas e rede coletora de esgoto. O distrito que sedia a equipe de ESF que compõe o trabalho dessa pesquisa dista 17 km do município e é o mais populoso. Essa equipe é a Referência do único patrimônio, onde mora a pessoa de cujo PTS se discute e cuja população está computada na do distrito.

Como foi apontado anteriormente, o município possui três unidades básicas de saúde; um ambulatório de especialidades; um ambulatório de Saúde Mental e um Centro de Atenção Psicossocial, além de três unidades de Estratégia Saúde da Família nos três distritos. Essas são as instituições públicas que dispõem de serviços na área da saúde. Além dessas instituições e estratégias, o município possui uma Santa Casa de Misericórdia.

O SUS do município foi habilitado como Gestão Plena desde 1998 e aprovado para Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada a partir de 2002. A Secretaria

Municipal de Saúde gerencia o SUS por meio dos seguintes departamentos: Administrativo, Médico, de Saúde Bucal, de Vigilância Sanitária, de Serviço Social e de Saúde Mental.

O departamento de Saúde Mental conta com:

- um ambulatório de Saúde Mental composto por uma médica psiquiatra, cinco psicólogas, uma assistente social e uma escriturária; sua estrutura predial se aloca no mesmo prédio onde se localizam uma UBS, o Centro de Especialidades e a Secretaria de Saúde;

- um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que é composto por uma assistente social, uma auxiliar de enfermagem, uma auxiliar de serviços gerais, uma enfermeira, uma médica psiquiatra e três psicólogos; conta com 11 estagiários de Psicologia da Unesp e dois aprimorandos ligados ao Programa de Aprimoramento Profissional (PAP – FUNDAP). Além disso, conta-se com uma psicóloga como chefe do departamento de Saúde Mental.

A porta de entrada do cidadão no sistema de saúde é feita pela atenção básica: UBSs no município e ESFs nos distritos. Dessa entrada, são feitos os encaminhamentos às especialidade quando necessário. O Centro de Especialidades do município aloca-se no prédio onde também funciona uma UBS e a Secretaria da Saúde. Algumas especialidades são atendidas pelo convênio feito com a Santa Casa municipal ou pela referência regional, que é o Hospital Regional de Assis. As ações em saúde são feitas, então, por meio de diferentes níveis de saúde que, de forma geral, não possuem continuidade de ações, ou seja, cada uma “trata” os problemas referentes ao nível de atenção correspondente, sem conexão nos tratamentos. Pode-se dizer que o sistema de saúde desse município, como na maior parte dos municípios brasileiros, apresenta um modelo híbrido, pois se estrutura no alicerce do modelo Preventivo-Comunitário hierarquizado em níveis de atenção linearmente dispostos, sem integração e com um discurso, disseminado na população de uma forma geral, do tratamento como apenas supressão de sintomas; por outro lado, lança, recentemente, estratégias emergentes na criação de um novo modelo de atenção com a implantação do CAPS e da ESF, e esse lançamento gera, atualmente, ações que se comprometem com a democratização da gestão da saúde e com a criação de novas formas de cuidado coerentes com os princípios do SUS.

Em específico, pode-se dizer que há uma porta de entrada paralela para a saúde mental: o ambulatório de saúde mental. Por meio do pronto-atendimento, parte da

equipe da saúde mental atende às pessoas que procuram o serviço a procura de atendimento ligado à saúde mental. Parte dessas pessoas é encaminhada por médicos clínicos gerais ou especialistas com uma guia de referência com poucos dados: identificação e descrição de sintomas; a outra parte chega à porta de entrada da saúde mental espontaneamente (por orientação própria ou por outras pessoas que não médicos da área da saúde). Essa procura espontânea não ocorre com nenhuma outra especialidade do município, caracterizando, assim, o que foi chamado de porta de entrada “paralela”. De forma geral, também não há uma integração entre esse serviço e a atenção básica.

Mesmo que o CAPS já exista há quatro anos no município, o trabalho de matriciamento em saúde mental na atenção básica como estratégia de organização da porta de entrada não é uma implicação da gestão municipal. De forma piloto e não programáticas, ocorreram algumas experiências ligadas ao matriciamento, como essa que aqui se discute.

Mesmo sendo uma equipe de saúde mental, as práticas evidenciam duas equipes que tratam de demandas diferentes: o CAPS acaba sendo uma especialidade da especialidade saúde mental e há anos problematiza-se essa questão no sentido de a equipe toda se envolver na porta de entrada por meio de uma organização ou arranjo tal que não sobrecarregue a agenda dos profissionais e nem forme imensas listas de espera, como hoje ocorre; de forma que a atenção não seja médico-centrada e nem que se psicologize os problemas, principalmente os sociais; enfim, de forma que possa tensionar o modelo Preventivo-Comunitário que sobressai na atenção em saúde do município.

Sendo assim, mesmo que o Conselho de Saúde e a Conferência de Saúde ocorram de forma legítima, os arranjos da gestão municipal não facilitam a democratização dos serviços e nem da rede de serviços em saúde, o que não favorece a aplicação e nem a construção da integralidade, pois tal arranjo não promove essa democratização no nível do cotidiano. Como exemplo disso, enfatiza-se a falta dos Conselhos Gestores e a falta de reuniões entre os coordenadores das unidades, junto ao secretário de saúde, para discutir os processos de trabalho, mesmo que alguns coordenadores demandem essas reuniões. As estratégias de democratização são feitas dentro das unidades ou por meio da rede de relações interinstitucionais que se formam a partir da demanda dos trabalhadores (como foi o caso dessa experiência). Sendo assim, as ações da gestão (ou a falta delas) acabam deixando de lado o conhecimento dos

atores da linha de frente dos serviços ou concentrando o acesso a esse conhecimento via reuniões ordinárias mensais do Conselho de Saúde. Em consequência disso, pode-se dizer que, de forma geral, o cotidiano de trabalho tende a atropelar os trabalhadores da área da saúde.

Dessa forma, as equipes que conseguem dispor, em seus cotidianos, de formas mais democráticas de construção de saberes e práticas tendem a olhar de maneira mais integral para as necessidades e problemas por que passam as pessoas que buscam o serviço de saúde. Além disso, a integração entre níveis de atenção permite a construção de um atendimento integral e ela ocorre mediante a articulação entre os membros da equipe, mas sem um plano de gestão pactuado com os gestores.

Capítulo III – METODOLOGIA

De acordo com vários autores (Rey, 2002; Ferreira, Calvoso e Gonzáles, 2002) a comunidade científica e pesquisadora encontra-se em um momento de transição paradigmática.

Como dominante, o paradigma quantitativo ou positivista, através de um processo acumulativo de informações, procura construir a verdade que, ao passo do desenvolvimento da ciência, cada vez mais se aproxima do absoluto, permitindo, ao homem, o controle em relação ao mundo, tendo em vista o manejo das leis naturais e universais reveladas através das descobertas científicas. Para tanto, usa da precisão instrumental e do método dedutivo para a verificação das idéias postuladas pelas teorias no campo empírico. O pesquisador aplica os instrumentos partindo do pressuposto que seja pouca ou nula sua influência na coleta de dados. Há, portanto, a separação entre a construção do conhecimento e o acontecimento empírico, conectados linearmente pela verificação empírica por meio do conhecimento.

No desequilíbrio e crise em que se encontra a comunidade científica, surgem novas formas de construção do conhecimento, a partir de outros princípios e conceitos, que orientam a comunidade científica a questionar a realidade em que vivem bem como a achar soluções para esse questionamento. O que Kunh denomina de paradigma científico (Kunh, 1995).

Essa postura toma corpo nas ciências sociais e liga-se ao que se denomina de pesquisa qualitativa em contraposição à pesquisa quantitativa ligada diretamente ao paradigma objetivista da ciência moderna. Para Rey (2002, p.27), “a epistemologia aplicada às ciências sociais assume em todas as suas conseqüências o caráter sócio-histórico de seu objeto e do conhecimento como construção humana”. Ainda nas palavras do autor, trata-se de

[...] um esforço na busca de formas diferentes de produção de conhecimento em psicologia que permitem a criação teórica da realidade plurideterminada, diferenciada, irregular, interativa e histórica, que representam a subjetividade humana. (REY, 2002, p.29).

Dentro do que se institui por pesquisa qualitativa e quantitativa, não se trata apenas de, como a diferenciação dos nomes aponta, usos de diferentes dados, a saber: somente qualitativos na primeira e somente numéricos, na segunda. Trata-se de uma

postura diferente em relação à realidade a ser pesquisada, partindo de princípios e métodos diferentes, daí a discussão acerca da transição paradigmática no campo das pesquisas. A pesquisa qualitativa surge num contexto de combate ao caráter impotente da pesquisa quantitativa no que diz respeito à potência de criação de outras formas de existências e práticas que consigam modificar o mundo em que vivemos; surge num contexto de combate ao objetivismo da ciência que não consegue romper com as barreiras que aprisionam a sociedade na miséria, nas instituições totais e na violência, apenas reproduzindo e quantificando essa miséria e essa violência.

Rey aponta três princípios norteadores da pesquisa qualitativa. Primeiramente, cita-se o pressuposto de que o conhecimento é uma produção construída e interpretativa. O caráter interpretativo deve-se à necessidade de dar sentido às expressões daquilo que se estuda. É um processo que constrói sentidos às expressões e as converte em momentos particulares.

Essas construções se convertem em recursos indispensáveis para entrar em zonas de sentidos ocultos pela aparência. Esse princípio tem diferentes repercussões ao nível metodológico, entre as quais estão o lugar ativo do pesquisador e do sujeito pesquisado como produtores de pensamento. (REY, 2002, p.33).

Em segundo lugar, vê-se que o processo de construção de conhecimento é interativo e isso implica pressupor imprevistos de comunicação que podem ser usados como dados significativos para esse processo. Em terceiro lugar, encontra-se o caráter singular de toda produção de conhecimento, já que as combinações possíveis entre trabalho de campo e corpo teórico são infinitas e as informações têm valor pelo que significam ao conjunto das informações da pesquisa e nunca isoladamente. Sendo assim, cada contexto produz uma combinação particular entre as experiências vividas, que o torna singular.

Outra diferença entre os paradigmas de pesquisa tratados aqui está na ligação existente entre a teoria e a prática. Na pesquisa qualitativa, não se estabelece uma diferenciação rígida entre esses momentos. O momento empírico é um momento no qual o pesquisador se vê confrontado com a teoria que o instrumentaliza a ir a campo, e esse confronto permite o desenvolvimento da teoria ao invés de apenas verificar idéias.

Alguns pontos revelam uma postura epistemológica que tensionam o paradigma positivista em pesquisa como: pressupor que a realidade, antes de existir por si, é criada pelo homem e seus enunciados, dando abertura para se criar e aceitar diferentes formas

de existência e experiências em contraposição a uma postura homogeneizadora da ciência positivista (objetivista); encarar o fato de que o pesquisar pressupõe intervenção na realidade pesquisada, ou seja, que o pesquisador nunca é imparcial; preocupar-se com o lado multideterminado de uma realidade ou fenômeno ao invés de se isolar variáveis para se estudar seus efeitos no fenômeno, como se esses efeitos não se ligassem aos efeitos das outras variáveis; deixar claro a que objetivos serve a pesquisa e servirá o conhecimento produzido. De acordo com Barros e Lucero (2005),

É exatamente quando porta essa abertura para a diferença, essa potência de problematização, uma espécie de rachadura no que está instituído, que pesquisar é resistência, tanto no sentido negativo, já que implica estranhamento, tensão em relação ao conhecimento anterior, quanto no sentido positivo, já que cria outras formas de existir e outros mundos. (BARROS e LUCERO, 2005, p.11).

Pela complexidade de que se trata o estudo de estratégias de criação de formas alternativas de cuidado em saúde, a proposta metodológica deste estudo privilegia a pesquisa qualitativa, para melhor apreensão da realidade estudada. Tal escolha se deve ao fato de que esse tipo de abordagem possibilita o reconhecimento de situações particulares aliadas a seus componentes de ordem simbólica e discursiva. A pesquisa qualitativa permite trabalhar com significados, crenças, valores e atitudes; essas facetas compõem as relações aqui estudadas. Esse tipo de pesquisa é capaz de incorporar significados outros que não os estritamente estatísticos na leitura da cena estudada (MINAYO, 2004) e a metodologia qualitativa possibilita ao pesquisador olhar para os diversos pontos que compõem a complexa relação entre as práticas em saúde mental e a criação de novas formas de cuidado alternativas às do Modo Asilar. Esse tipo de pesquisa permite, também, distinguir, no processo de construção dos cuidados via rede de saúde, as tensões entre os modelos de atenção à saúde, o que servirá de base para estabelecer um parâmetro de aproximação-distanciamento entre a integralidade e a Atenção Psicossocial.

Além disso, a pesquisa qualitativa trabalha com crenças, valores e atitudes; essas facetas compõem as relações aqui estudadas e são capazes de incorporar enunciados outros que não os estritamente estatísticos na leitura da cena estudada, do processo analisado (MINAYO, 2004). A relação estudada entre as práticas da Atenção Psicossocial e da integralidade é marcada por diversas relações entre pessoas e, por isso, apresentam uma ampla rede de crenças, valores e atitudes cuja quantificação em nada

contribui para o entendimento da realidade em que se forma e se reproduzem. A trajetória de cuidados em saúde mental depende e é atravessada por uma gama imensa de enunciados acerca da idéia de loucura e da idéia de saúde, por exemplo, que são determinantes para as específicas ações baseadas no Apoio Matricial e para a consecução dessa pesquisa.

Na pesquisa qualitativa, para Rey, no que diz respeito aos procedimentos seguidos para se obter dados, não se usa a idéia de “coletar dados”, já que esta, inerente ao paradigma objetivista, trata de verificar, no empírico, os dados a que se referem as teorias construídas de forma fechada *a priori*. No caso da pesquisa qualitativa, os dados se dão pelo processo de “trabalho de campo”, que difere da coleta de dados, pois pressupõe a participação ativa do pesquisador em todos os momentos da pesquisa, seja acerca das decisões metodológicas e acerca do desenvolvimento de idéias que formam o corpo teórico da pesquisa. Esse processo permite que situações ocorridas informais e imprevistas componham o corpo de dados da pesquisa de forma tão produtiva quanto um dado tirado, por exemplo, de um questionário.

O trabalho de campo permite integrar informação procedente de fontes e contextos diversos e fazer construções que seria impossível edificar sobre a base de dados comprometidos com uma lógica linear (própria da pesquisa pautada na verificação de hipóteses a partir de variáveis) (REY, 2002, p.101).

Nesta pesquisa, o trabalho de campo se mistura completamente com as ações profissionais desenvolvidas pelo pesquisador como psicólogo do CAPS com interesse e função de, por meio de um apoio à atenção básica, construir um atendimento integral e um modelo de atenção condizente com os princípios do SUS e da Atenção Psicossocial. Tal mistura dá-se de maneira que torna-se difícil separar as funções de pesquisador e de profissional. De forma simplificada, pode se dizer que a pesquisa feita pelo programa de pós-graduação ligado à universidade pública permitiu que a ação profissional de apoio fosse realizada de uma forma mais potente tanto instrumental quanto reflexivamente. As produções teóricas no campo da Saúde Coletiva e da Reforma Psiquiátrica trouxeram e trazem um intenso debate entre formas de cuidado e modelos de atenção. Além disso, propõem e discutem estratégias para a construção de modelos e formas de cuidado condizentes com os princípios do SUS os quais, tanto os princípios quanto as produções teóricas e as estratégias, permitem e orientam a ação do psicólogo de um serviço público. A inserção desse processo produtivo, orientado por questionamentos na prática

junto ao sofrimento mental, dá-se de forma um tanto lenta e desarticulada, pois boa parte dessa produção teórica e questionamentos não chega ao cotidiano dos profissionais dos serviços, salvo exceções em que a relação entre serviços e universidade se estreita por meio de projetos de extensão, estágios e incentivo à pesquisa. Mesmo assim, a não divisão linear entre prática e teoria depende ainda de uma série de fatores como a formação profissional, a disposição pessoal de cada profissional em estabelecer um arranjo interdisciplinar, a disposição e qualidade dos centros universitários da região, a disposição e capacidade visionária da gestão para colocar em perspectiva os avanços possíveis de um programa orientado por esses questionamentos. Cabe aqui ressaltar que esses questionamentos são feitos pelos atores da linha de frente de um serviço público e, em muitos casos, não conseguem espaço e nem tempo para se materializarem em questões coletivas, e esses atores não dispõem de estratégias para resolver esses questionamentos junto à prática cotidiana. De forma mais direta, pode-se afirmar que os profissionais são comumente atropelados pelo cotidiano das instituições do SUS. Isso se liga diretamente à característica histórica da separação entre produção de conhecimento e prática: a primeira feita na universidade e a segunda realizada nos serviços. As estratégias aqui discutidas surgem no seio dessa contradição e coloca a educação permanente como um meio de superação dessa divisão.

1 - A singularidade de um Projeto Terapêutico Singular (PTS)

Em meio às dificuldades e avanços na construção de estratégias que viabilizem um modelo de atenção alternativo ao médico-asilar, selecionou-se a trajetória de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) que consegue colocar em evidência as informações essenciais acerca do Apoio Matricial entre saúde mental e Atenção Básica feito a partir de uma rede intra e intersetorial de serviços. A magnitude da rede composta no desenvolvimento desse PTS permite descrever parte da realidade em que se insere e que possibilitou sua construção e, assim, analisar o reflexo que a experiência tem no contexto de tensão entre modelos de atenção à saúde. A singularidade inerente a essa trajetória permite uma generalização pela qualidade do processo de construção teórica junto a ela e não pela quantidade que representa uma determinada população (amostra). De acordo com Rey, é por meio do estudo de caso singular que se expressa

[...] a tensão permanente entre o individual e o social, momento essencial para a produção de conhecimentos sobre ambos os níveis de constituição da subjetividade. Uma vez que superamos o dualismo teórico entre o individual e o social, temos de superar o dualismo metodológico que contribui para a separação mecânica entre ambas as instâncias. (REY, 2002, p.158)

Na presente pesquisa, o estudo da singularidade do Projeto Terapêutico será fundamental para que o contexto em que ocorre a pesquisa possa ser descrito em seus pormenores; além disso, a questão acerca da criação de formas de cuidado em saúde mental por meio de uma experiência baseada no Apoio Matricial (específica relação entre a Atenção Psicossocial e a integralidade) não traz um fenômeno experimental nos moldes da metodologia positivista, pois é, antes, um fenômeno que só ocorre mediante o entrelaçamento de todas as suas variáveis, ocorrendo no tempo dos contratos firmados entre profissionais de saúde e moradores do território e gestores municipais; torna-se muito difícil paralisar esse processo de construção de atos de saúde para se analisarem variáveis.

Em outras palavras, o PTS aqui discutido, cujo desenvolvimento não representa uma unidade empírica com os demais casos atendidos por meio da experiência em questão, permite acessar o processo de construção de cuidados em saúde e entender sobre estratégias em saúde e novas formas de cuidados. Será usada a proposta de Carvalho e Cunha (2007) com o intuito de organizar e facilitar sua descrição e discussão. A proposta dos autores consiste em dividir o PTS em cinco momentos:

1 – o diagnóstico: trata-se de uma avaliação orgânica, psicológica e social que avalie os riscos e a vulnerabilidade em que se envolve a pessoa (ou o grupo de pessoas) em sofrimento considerando os diversos aspectos de sua vida;

2 – a definição de metas: trata-se de propostas a curto, médio e longo prazo baseadas no diagnóstico e que serão apresentadas à pessoa em sofrimento;

3 – a divisão de responsabilidades: trata-se de definir tarefas de cada pessoa envolvida no PTS com clareza, escolhendo um coordenador para o ele;

4 – a negociação: apresentação das propostas à pessoa em sofrimento e pactuação do PTS;

5 – a reavaliação: trata-se de discutir o desenvolvimento do PTS a partir de seus momentos e, se necessário, ajustá-los.

Pelo fato de que o PTS em questão foi reavaliado e reorientado em sua trajetória, ele será exposto em dois momentos nos quais será usada a proposta de Carvalho e

Cunha (2007). Com isso, tem-se que o segundo momento é um desdobramento do primeiro.

Portanto a metodologia para a produção da dissertação foi substancialmente escrever e discutir a partir da teoria exposta e da experiência vivida. Além disso, após aprovação da pesquisa no Comitê de Ética, apresentou-se o Termo de Consentimento à pessoa de cujo PTS se discute e aos membros da equipe da Estratégia Saúde da Família e do Centro de Atenção Psicossocial os quais consentiram com a publicização da pesquisa. Os dados da experiência foram tirados de diário de campo do pesquisador. Convém ressaltar que pesquisador não fazia pesquisa durante esse processo e era “mais um” a quem se referenciar para a organização e construção da práxis. Essa configuração é o que Costa-Rosa tem denominado de método intercessor. Tem-se, pois que, na junção da reflexão como metodologia com o método intercessor na construção de possibilidades da problemática em saúde mental vivida pela equipe da ESF, configura-se o método dessa pesquisa (Costa-Rosa e Stringheta 2007).

Capítulo IV - UMA EXPERIÊNCIA BASEADA NO APOIO MATRICIAL

Com intuito de apresentar a experiência e discuti-la, primeiramente, será brevemente caracterizado o que se chamou de “Experiência baseada no Apoio Matricial” com os tópicos: “Reuniões com a equipe de ESF” e “O Projeto Terapêutico de Rosa: uma trajetória singular”. É necessário entender que a “O Projeto Terapêutico de Rosa: uma trajetória singular” e as “Reuniões com a equipe de ESF” são recortes do que se chama de “Experiência baseada no Apoio Matricial”.

A trajetória desse Projeto Terapêutico Singular (PTS) será usada como representante singular do processo e, ao mesmo tempo, fruto dessa experiência. Sua apresentação e sua discussão serão feitas, usando os momentos definidos por Carvalho e Cunha (2007), a saber: Diagnóstico (avaliação orgânica, psicológica e social que avalie riscos e vulnerabilidade envolvidos no caso), Definição de metas (propostas a curto, médio e longo prazo feitas pela equipe de saúde), Divisão de Responsabilidades (divisão de tarefas que objetivam alcançar as metas), Negociação (pactuação das propostas com o usuário) e Reavaliação (discussão sobre o desenvolvimento do PTS e, se necessário, re-definição de metas e responsabilidades). Pelo fato de que o PTS foi reavaliado e reorientado em sua trajetória, ele será exposto em dois momentos, em ambos usando a proposta de Carvalho e Cunha (2007). Com isso, tem-se que o segundo momento, que se inicia a partir do tópico **“O Projeto Terapêutico Singular se desdobrando: sua complexidade”** é um desdobramento do primeiro. Pretende-se discutir essa trajetória sobre o prisma da integralidade e do Apoio Matricial.

2 - Caracterizando a “Experiência baseada em Apoio Matricial”

Em janeiro de 2006, houve a criação da ESF no município e a reestruturação da equipe de saúde mental por meio de um concurso público. O que se chamou de “Experiência baseada em Apoio Matricial” foi uma série de estratégias com o objetivo de compor a integração entre o serviço de saúde mental e uma equipe de ESF do município em questão, ocorridas desde janeiro de 2006. De toda a gama de ações, recortaram-se duas como maiores representantes da experiência em questão e pelo fato de servirem diretamente para a discussão proposta nessa pesquisa, a saber: “Reuniões com a equipe de ESF” e “O Projeto Terapêutico de Rosa: uma trajetória singular”.

2.1 - Reuniões com a equipe da ESF

A ação por meio de reuniões programadas com a equipe da ESF iniciou-se em novembro de 2006 e se caracterizou pelo encontro de dois profissionais da saúde mental (um psicólogo do CAPS e a psicóloga Diretora do Departamento de Saúde Mental) e os membros dessa equipe, partindo de uma demanda de discussão de casos tanto pelo serviço de saúde mental quanto pela equipe da ESF. A metodologia usada pautou-se em rodas de discussão, alicerçada na metodologia Paidéia exposta por Campos (2003). Como ponto crucial desse método, Campos aponta o caráter fundamental de explicitar o compromisso nas relações entre serviços de saúde, o que possibilita a criação de vínculos para a consecução de um projeto. O vínculo normalmente se constrói em cima de expectativas exageradas que podem ser esclarecidas ao longo do tempo. Nesse sentido a expectativa inicial do grupo foi revelada a partir da seguinte pergunta: “para quê estamos aqui, nessa reunião com a equipe da ESF?” E as respostas abrangeram, principalmente, o “não sei” até uma desconfiança em relação a passarmos informações para a secretaria já que, um dos profissionais envolvidos na intervenção ocupava um cargo administrativo. Já de início uma tensão foi plenamente posta, mas, ao longo de alguns encontros, os mediadores da ação puderam deixar claros seus objetivos, que se clarificaram a partir de questionamentos da equipe.

O próximo passo foi feito pelos psicólogos foi de pedir para que a equipe levantasse, em reunião própria, as principais problemáticas vivenciadas naquilo a que chamavam “saúde mental”. A principal queixa levantada pela equipe foi referente a casos de pessoas consideradas “resistentes”, ou seja, aqueles casos que apresentavam junto ao pedido de ajuda expressões de sentimentos como choro, raiva e angústia ou que não cumpriam com os acordos de tratamento e acompanhamento feitos com a equipe. Essa temática tornou-se o objeto de discussão e transformou-se na demanda dos encontros. Discutiu-se acerca do conceito de transferência e da prática de criação de vínculo e de levantamento de prioridades para a organização das ações em saúde. A partir dessa discussão, os psicólogos propuseram que os encontros fossem divididos em temas juntamente com discussões de casos relacionados aos temas; essa proposta surgiu no sentido de facilitar a discussão referente aos “casos resistentes” já que a discussão demonstrava a complexidade de cada caso, a imensa gama de fatores que se apresentam junto ao sofrimento de tais casos; desta forma, a divisão temática surgiu como elemento

didático para as discussões que, apesar de temáticas, levaram em consideração o caráter relacional entre as implicações de cada tema.

A metodologia proposta a partir disso foi construída por meio da seguinte atividade: que a equipe levantasse temas referentes às principais problemáticas que envolvessem os “casos resistentes”. Junto com os psicólogos, levantaram-se cinco temas, a saber: noções de psicopatologia, dependência química, família como parceiros do serviço, estratégias como oficinas e grupos e a questão da rede. Com isso, definiu-se um programa de temas por mês na ordem colocada acima. Os temas foram discutidos por meio de textos e de casos que se relacionavam aos temas e que eram atendidos pela equipe.

Durante um ano ocorreram essas reuniões; no início, com a participação da equipe inteira; depois, houve uma dispersão por causa da saída de duas agentes comunitárias e da licença médica da enfermeira. O programa não foi rigorosamente desenvolvido, pois reuniões foram desmarcadas ou houve urgência de discussão de casos. Mas é importante ressaltar que as ações no PTS de Rosa discutidas mais abaixo foram planejadas, também, nesses encontros.

Em fevereiro de 2008, propôs-se uma avaliação do trabalho desenvolvido até então. Marcou-se em um dia em que pudesse estar a equipe inteira, pois, todos os membros participaram, mesmo que esporadicamente, das reuniões. A justificativa para a avaliação foi, em primeiro lugar, pelo fato de o programa de reuniões ter chegado ao seu tempo proposto, e o tempo e a atenção investida mereciam um momento de reflexão; em segundo lugar, a avaliação era necessária para se propor um novo programa de intervenção ou para se findar definitivamente esse tipo de estratégia – o método da roda – para estabelecer a construção de um serviço integral em saúde.

De forma geral, a avaliação foi positiva, pois os membros da reunião ressaltaram a importância das discussões de casos e de suas próprias funções dentro da equipe como fundamentais na criação de novas formas de cuidado em saúde. Um exemplo dessa avaliação é visto na fala de uma auxiliar de enfermagem: ela tinha a idéia de que se a pessoa estava “mal” (em crise) que deveria ir mesmo para o hospital e lá o médico saberia o que fazer, mas que agora entende o quanto o seu trabalho e o apoio da família são importantes nesses casos. Outro membro da equipe aproveitando esse tema relembrou o caso de Rosa e toda a rede construída para cuidar do caso: ESF, CAPS, setor de transporte da Secretaria de Saúde e Poder Judiciário; ela atentou para o fato de

que o Poder Judiciário estava em constante comunicação com o serviço para lidar com o caso, numa postura de diálogo e construção e não de polícia e determinação vertical.

Além dos casos em que se tornou claro o desenvolvimento de um cuidado integral, ressaltaram-se outros Projetos Terapêuticos Singulares cujos desenvolvimentos não foram tão proeminentes assim. Avaliou-se que esses casos se baseiam estritamente em ações de caráter preventivo e de promoção de saúde. A hipótese levantada para o não desenvolvimento desses PTSs foi baseada no seguinte argumento: o planejamento de ações que esperam resultados em longo prazo e, portanto, a necessidade de uma co-responsabilização entre todos os membros da equipe junto ao esvaziamento das reuniões de equipe dificultou esse desenvolvimento.

Esse processo de reuniões entre dois profissionais da saúde mental e a equipe de ESF alicerçou a experiência discutida nessa pesquisa e a fez se aproximar da experiência de Apoio Matricial. Para (Domitti e Campos, 2007), o Apoio Matricial trata-se de um arranjo organizacional e, ao mesmo tempo, uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde com o objetivo de ampliar a perspectiva conceitual e de ação da clínica além de integrar dialogicamente as várias disciplinas, especialidades e conhecimentos que se debruçam na cena da saúde pública. Pode-se concluir que as reuniões entre os profissionais da saúde mental e a equipe de ESF em questão compuseram um processo que se aproximou da experiência de Apoio Matricial, pois caracterizou-se como um arranjo que instrumentalizou os membros da equipe de ESF a ampliar seus recursos para lidarem com uma faceta do sofrimento humano, a subjetiva, com a qual não se aprende a lidar nas formações universitárias. Além disso, permitiu o encontro de conhecimentos diferentes como da enfermagem, da odontologia, da medicina e do agente comunitário para a construção coletiva de Projetos Terapêuticos Singulares como o de Rosa o que possibilitou a construção de um atendimento integral, pois, de acordo com Franco e Magalhães Jr (2003), para a garantia da integralidade, o cuidado em saúde não deve se concentrar na ação estritamente médica, mas deve se organizar de forma multiprofissional tendo como elemento estruturante o usuário.

2.2 - O Projeto Terapêutico de Rosa: uma trajetória singular

A descrição acima auxilia para situar a discussão sobre o PTS de Rosa na rede de ações chamadas “Experiência baseada no Apoio Matricial em Saúde Mental”. A discussão específica do PTS de Rosa trata-se, portanto, de um momento singular do processo dessa experiência e, ao mesmo tempo, como fruto desse processo. O Projeto Terapêutico Singular (PTS) de Rosa chamou a atenção pela magnitude e resolutividade da rede que se compôs para sua construção e que foi imprescindível para planejamento em longo prazo, diferença marcante com relação às ações medicalizadoras. Além disso, por meio dessa trajetória foi possível vislumbrar as diversas facetas da integralidade sendo construídas por meio da interdisciplinaridade e das relações intersetoriais, enfim, construídas por uma rede de serviços com o objetivo de promover saúde. Como já se esclareceu, será usada a proposta de Carvalho e Cunha (2007) de discutir um PTS em cinco momentos (Diagnóstico, Definição de Metas, Divisão de responsabilidades, Negociação e Reavaliação), para facilitar a exposição e discussão do PTS de Rosa. Além disso, a proposta dos autores será usada duas vezes: primeiramente do tópico “Diagnóstico feito pelas equipes de saúde – CAPS e ESF” ao tópico “Reavaliação” referentes ao PTS de janeiro de 2006 a meados de 2007; posteriormente e em seguida segue o restante da discussão, caracterizando essa segunda parte do PTS como desdobramento da primeira, que compreende os últimos sete meses de 2008. Antes disso, é necessário entender o contexto de vida de Rosa no início de 2006, período no qual a equipe do CAPS a conheceu.

2.2.1 - O Contexto de vida de Rosa

Rosa tem por volta de 40 anos e mora no patrimônio da cidade em questão, num quartinho de madeira no qual só cabem a cama e uma cômoda; do lado de fora, tem um banheiro, e o terreno é de terra e aberto, na frente. Os únicos parentes consangüíneos vivos são a mãe e o irmão Jair. Jair mora na cidade vizinha e mantém pouco contato com a irmã. Por diversas vezes, durante os anos de 2006 e 2007, foi convocado pelo CAPS (estratégia e serviço pela qual Rosa é atendida) para auxiliar na compactuação de um PTS com Rosa, mas não cumpriu com os acordos. Em meados de 2007, vendeu o terreno onde Rosa mora, sem avisar a ninguém e a deixou morando de favor, então, em um terreno do qual poderia ser despejada a qualquer dia. Questionado sobre, ele disse que o fez com a intenção de levá-la para morar com ele: isso nunca ocorreu, e o serviço

não consegue entrar em contato com ele mais. Em suma, ele deixou de ser um parceiro com quem contar. A mãe mora em um asilo e, de acordo com Rosa, não se dão bem. Ela não a visita.

Rosa faz tratamento em saúde mental desde sua adolescência e no CAPS do município em questão desde 2005. Todavia, o PTS que será aqui abordado, iniciou-se em 2006, a partir da reestruturação da equipe do CAPS por meio de um concurso público. Essa reestruturação promoveu quebras de relações dos profissionais anteriores o que demandou a construção de relações entre os atuais profissionais com Rosa através de visitas domiciliares, estabelecendo assim uma mudança na natureza do PTS.

2.2.2 - Diagnóstico feito pela equipe de saúde (CAPS e ESF)

Rosa vivia, nesse período de tempo, um estilo de vida solitário e sem cuidados de higiene e de alimentação e com precárias relações afetivas. Rosa ficava muitas noites sem dormir e andava pelas ruas à noite, falando sozinha e acordando as pessoas; apresentava delírios cuja inscrição no social é difícil; relatava comportamento sexual de risco. Já houve relatos de agressões verbais contra os moradores. Seus vizinhos diziam que ela é de lua: ora estava tranqüila ora muito nervosa e quando estava nervosa, apresentava os comportamentos relatados acima; essa inconstância dificultava as relações, principalmente afetivas, entre Rosa e os moradores.

Em discussão de caso, percebeu-se que o apoio familiar de Rosa era quase nulo e que ela estava em situações de abandono com relação aos cuidados básicos e afetivos. Desde início de 2006, nas reuniões da equipe do serviço-CAPS sempre se estabeleceu que Rosa vivia em condições de alto risco de agravos de doença infecto-contagiosas (como DSTs e tuberculose) além de se estruturar subjetivamente como psicótica o que dificultava as relações que estabelecia com seus vizinhos e demais pessoas do patrimônio. Os riscos de auto e hetero agressão não eram considerados suficientes para justificar uma internação.

Tendo em vista a singularidade do caso de Rosa, a equipe do CAPS previa, desde o início de 2006, um PTS com apoiadores que fossem pessoas moradoras do patrimônio e que estabelecessem trocas afetivas positivas com ela. Previa também revisões freqüentes e em longo prazo como meio de criar cuidados em saúde. Essa previsão deu-se baseada na situação de risco de Rosa e pela constante pressão dos moradores locais para que as instituições municipais, de saúde e de outros setores, a

internassem devido às tensões relacionais. Percebia-se, nos pedidos de internação por parte de alguns de seus vizinhos, que o imaginário dessas pessoas em relação a ela e sua peculiar maneira de viver era de que tratava-se de alguém doente e que a melhor forma de cuidado para essa doença era a internação. Todo esse contexto de pressão junto à situação de risco de Rosa em relação a doenças infecto-contagiosas, sempre demandou discussões entre as equipes dos serviços de saúde mental e da ESF. A rede composta entre essas estratégias e serviços indicou, na rede de saúde municipal, uma faceta da integralidade levantada por Mattos (2006), a saber: a integração entre as ações dos vários subsistemas do Sistema Único de Saúde sejam eles dentro do próprio setor da saúde ou no plano intersetorial, ou seja, numa rede cujos pontos são conectados e que possuem objetivos em comum. As reuniões entre CAPS e ESF foram condição de possibilidade para a construção de um PTS para Rosa.

Além disso, a transformação do pedido de alguns moradores do patrimônio, para internar Rosa, em uma demanda de cuidados em saúde, já que a internação não se justificava, indica outra faceta da integralidade como uma “ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado da saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde”. (PINHEIRO e LUZ, 2003, p.7). Convém ressaltar que a transformação desse pedido em atos de cuidado deu-se por meio de reuniões em roda com essas pessoas juntamente com Rosa no intuito de criar novas formas de lidar com a singularidade do caso que prescindissem de uma internação desnecessária. Reuniões como essas possibilitaram levar em consideração a dialética entre o conhecimento científico e o conhecimento popular e dos atores na linha de frente dos serviços de saúde tendendo à construção de uma prática integral em saúde, modificando, assim, o próprio objeto “saúde-doença”, como apontam Pinheiro e Luz (2003), já que a participação de usuários e familiares na construção de um PTS caracteriza-se como uma estratégia de democratização da gestão da saúde.

O PTS foi o instrumento usado para transformar os pedidos de internação em ações de cuidado e se construiu, com constantes revisões de 2006 a meados de 2007, da seguinte maneira: visitas domiciliares mensais a Rosa com o intuito de se fazer um vínculo com ela e com as pessoas que estabeleciam, com ela, uma relação amistosa; participação de Rosa em oficinas terapêuticas, consulta psiquiátrica mensal e tratamento medicamentoso. A participação dela nas oficinas do CAPS era intermitente. A administração da medicação era feita por ela mesma e de forma irregular. Nos períodos

em que se percebia a afastamento de Rosa em relação ao serviço, era comum chegarem queixas dos moradores e da agente comunitária sobre as relações que ela estabelecia com as pessoas, inclusive com aquelas que, momentos antes, estabeleciam uma relação de cooperação com seu PTS. Nesses momentos a equipe do CAPS fazia visitas à Rosa com o objetivo de mediar conflitos e buscar aliados entre os moradores para tentarem manter uma relação de aceitação em relação a Rosa. Sua aceitação em relação às visitas era imprevisível: ora aceitava, ora expulsava os profissionais com xingamentos.

2.2.3 - Meados de 2007: reavaliação de um PTS

Um movimento diferente por parte de alguns moradores do patrimônio ocorreu em meados de 2007. Alguns vizinhos de Rosa, insatisfeitos com seu comportamento, começaram a demonstrar um movimento organizado para buscar respostas rápidas para seus incômodos, que não dependessem da construção, em longo prazo, de laços sociais e afetivos. Já conhecedoras da “negligência” do irmão, único familiar a quem recorrer, essas pessoas, representadas pelos dois delegados da Conferência Municipal ocorrida em maio de 2007, foram ao Poder Judiciário buscar soluções para o incômodo vivido com Rosa, tanto pela inconstância do humor quanto pela condição precária de sua vida. A proposta levada pelos representantes era uma internação permanente para Rosa.

A assistente do Poder Judiciário entrou em contato com o serviço-CAPS na intenção de discutir o caso (a relação entre Poder Judiciário e saúde mental dá-se por meio de reuniões quinzenais num grupo de discussões de casos chamado Rede de Atendimento Comunitário Interdisciplinar). Ao Poder Judiciário, a equipe do CAPS expôs as diversas tentativas de contrato feito com moradores do território para auxiliar na promoção de saúde de Rosa e conclui-se que esse PTS seria mais uma vez revisto.

O PTS traçado nesse primeiro encontro entre a equipe de saúde mental e duas assistentes sociais do Poder Judiciário anunciou-se, mais uma vez, complexo e difícil, com a necessidade de apoiadores-moradores do patrimônio, além de revisões frequentes e em longo prazo, com o pressuposto de que os riscos envolvidos no contexto de Rosa e dos moradores não eram iminentes a ponto de justificar uma internação provisória, quanto mais uma internação permanente. Todavia, o pedido de internação permanente e a entrada do Poder Judiciário na discussão do PTS de Rosa caracterizaram-se como agenciamentos nesse PTS, pois mudaram sua natureza, demandando e formando uma

rede mais complexa, tanto no número de participantes quanto na organização da relação entre eles para sua construção. A magnitude e a organização dessa nova rede promoveram a ampliação da repercussão e das transformações conseguidas pelo processo, o que será exposto no tópico seguinte.

2.2.4 - Definição de metas e divisão de responsabilidades

O objetivo, nesse momento do PTS, foi criar uma condição de possibilidades para as pessoas viverem no mesmo patrimônio e fazerem conviver seus receios, medos, preconceitos, crenças e hábitos em condições de tolerância e de respeito. Para tanto, buscava-se, no jogo de tensão das relações, um reposicionamento subjetivo em relação àquilo que era “bizarro” em Rosa e, ao mesmo tempo, um reposicionamento de Rosa com relação à sua teia relacional, expandindo-a para relações afetivas estáveis.

As metas consideradas nas reuniões de equipe do CAPS, nas reuniões entre as equipes do CAPS e ESF e no acolhimento aos pedidos de moradores do patrimônio eram de fazer vínculos estáveis com Rosa e a partir desses vínculos fazer acordos com ela de melhoria de suas condições de moradia e social, de auxiliá-la no seguimento de um acompanhamento em saúde mental (cooperando no controle de sua medicação e incentivando a buscar as terapêuticas no serviço). Essas metas eram previstas para curto e médio prazo. Outra meta estabelecida, essa em longo prazo, era conseguir, por meio de visitas no patrimônio e discussões com as pessoas que pediam a internação de Rosa, que sua peculiar forma de expressão e de organização de seus afetos em relação ao mundo que a circunda pudesse fazer parte das relações daquele lugar.

Em suma, o PTS traçado montou-se da seguinte maneira e com as seguintes tarefas: uma assistente social e dois psicólogos do serviço-CAPS fariam reuniões em roda com Rosa, os moradores do patrimônio (todos seriam convidados e esperava-se a presença, principalmente, dos insatisfeitos e dos solidários) e a agente comunitária da ESF com o intuito de criá-lo. Essas reuniões foram acordadas entre o representante do patrimônio (o delegado da Conferência Municipal de Saúde), assistente social do Poder Judiciário e equipe do CAPS; nas duas últimas reuniões uma representante da Pastoral Familiar participou a convite da assistente social. O representante do patrimônio ficou encarregado, juntamente com a agente comunitária, de divulgar as reuniões aos moradores. Realizaram-se quatro encontros com cerca de 20 pessoas, após o que o PTS

tomou outro rumo, pois, estabeleceu-se uma parceria entre o CAPS, o Poder Judiciário, a ESF, os moradores do patrimônio e Rosa o que mudou a natureza do PTS, caracterizando, assim, um agenciamento (Deleuze e Guatarri (1995).

2.2.5 – *Negociações*

Seguindo a descrição dos fatos, nos meses finais de 2007, reuniram-se, na escola do patrimônio, os vizinhos de Rosa (os que eram solidários e/ou interessados no destino de Rosa e os que queriam sua internação permanente), a assistente social do Poder Judiciário, dois psicólogos e a agente comunitária referência do território com o objetivo de escutar o sofrimento do cotidiano dessas pessoas e de Rosa, buscar soluções, propor soluções e fazer um contrato verbal. Cabe ressaltar que Rosa não ficava nas reuniões todo tempo, aparentemente perdendo o fio da meada em relação aos rumos que se tomavam acerca de seu futuro. A diferença dessa nova tentativa em relação às anteriores está na magnitude e organização da rede criada em torno do PTS e nos frutos dela originados o que caracteriza um agenciamento.

Pode-se dividir o processo dessas quatro reuniões em três momentos comuns a todas elas: o primeiro referente ao acolhimento e problematização do pedido de internação de pessoas do território, para Rosa; o segundo referente ao embate de propostas: de um lado a internação permanente de Rosa e de outro a construção de um cuidado alternativo e coerente com os princípios do SUS; o terceiro referente ao contrato ali firmado do qual se desdobra a co-responsabilização.

O primeiro ponto (acolhimento e problematização do pedido de internação de pessoas do território para Rosa) foi crucial para a construção do PTS, pois foi o momento de tentar fazer caber, naqueles encontros repletos de emoções e tensões, as reivindicações de cada um como não excludentes e de mediar uma discussão com o intuito de fazer prevalecer uma postura geral de respeito pelos sofrimentos singulares vividos em relação ao tema discutido. As falas como “pessoas como Rosa tem que ser internadas, pois não sabem o que fazem” ou ainda “ela não têm jeito e a gente precisa de sossego” mostravam que, a situação de agravo à saúde não se restringia apenas a Rosa, mas às relações das pessoas do patrimônio com ela. Portanto, pelo fato de o pedido de internação permanente tornar claro um desejo de acabar com um problema relacional entre aquelas pessoas, o sofrimento exposto pelos moradores insatisfeitos também passou a ser alvo de propostas de cuidados para a situação. Com isso, surgiu um meio

pelo qual se pôde transformar o pedido de internação numa demanda de construção de cuidados, não só à Rosa, mas a outras pessoas que partilhavam do sofrimento envolvido nas relações com Rosa, incluindo aqui as pessoas que queriam sua internação.

Aqui já podemos discutir o segundo ponto comum às quatro reuniões, o embate de propostas: de um lado, a internação permanente de Rosa e de outro, a construção de um cuidado alternativo ao sofrimento de Rosa. O PTS foi o instrumento proposto pela equipe do CAPS para tecer uma teia de cuidados em relação à singularidade do caso com o objetivo de fazer um embate entre as propostas, o que permitiu parear as necessidades de Rosa e das pessoas que pediam sua internação. A construção desse PTS permitiu circular diversas propostas e formas de cuidado tanto para Rosa quanto para as pessoas entenderem e lidarem com a singular maneira de Rosa expressar seus afetos. Pessoas que se incomodavam com seus xingamentos escutavam outras dizendo que não se incomodavam; outras pessoas tornavam claras as formas que tinham de, com respeito, colocar os limites em Rosa, tornando claro que parte das tensões que alguns vizinhos de Rosa se queixavam não se justificava por uma doença ou alienação, mas antes se tratava da relação que se estabeleciam com ela. Pode-se dizer que o espaço das quatro reuniões possibilitou também o processamento de afetos perdidos em anos de convivência e tensões de alguns moradores com Rosa.

Além disso, o uso do PTS permitiu também a prática de planejamento, em longo prazo, na forma de lidar com os “sintomas” (usa-se aqui sintomas, pois a representação dos moradores do patrimônio, em relação à Rosa, era de uma pessoa “doente da cabeça”). Essa tensão permeou o surgimento das diferentes propostas de cuidado: a internação permanente como uma solução rápida versus outras formas de cuidados ali discutidas como propostas cuja prospecção (método usado na discussão de um PTS) indicava mudanças em médio e longo prazo. A prospecção usada para discutir outras formas de cuidado em saúde demarcou a existência de um prazo de tolerância em relação a Rosa por parte dos que queriam a sua internação, mas o estendeu a outros que se tornaram solidários ao PTS. Ao passo que falas como essa de uma moradora “pessoal, com Rosa é só questão de jeito, depois que se pega ninguém tira” estabelecia outras maneiras de lidar com Rosa, novas formas de cuidado em relação a ela eram propostas, tanto por parte de técnicos da saúde quanto por parte de moradores do patrimônio.

2.2.5.1 - O contrato: o ponto de ligação de um Projeto Terapêutico Singular

Em relação ao terceiro ponto proposto nessa discussão, referente ao contrato ali firmado, houve como desdobramento do quarto encontro que uma pessoa chamada aqui de Luzia, voluntariou-se para o que chamávamos de “referência para Rosa”. Luzia é moradora do patrimônio e sua casa faz costas com a de Rosa a quem conhece há 15 anos. Ela participou das quatro reuniões, mas não se manifestou, exceto no momento em que se voluntariou. Isso significou, ali discutidas as necessidades e possibilidades, atuar como um personagem que auxiliasse Rosa com a alimentação e no uso da medicação; que a estimulasse e orientasse em relação aos cuidados de higiene pessoal e de sua casa; que construísse com ela uma relação de respeito, incluindo cobrá-la por esse respeito de forma continente. Além disso, ela ainda deveria administrar uma possível aposentadoria de Rosa (acredita-se que a inserção de um fator econômico que beneficiasse Rosa, mas também, e na medida do possível, sua “referência” foi de suma importância para a consecução do PTS). Todas essas ações da “referência de Rosa” foram elaboradas tendo em vista as metas do PTS, dentre as quais encontra-se o reposicionamento subjetivo de Rosa frente ao seu sofrimento e também um reposicionamento de alguns membros do território frente à forma diferente de vida de Rosa.

Como desdobramento desse terceiro ponto, ressalta-se a co-responsabilização. Em relação a esse desdobramento algumas considerações são importantes: a co-responsabilização trata-se de um conjunto de acordos e de seus cumprimentos que são unidos por meio da cumplicidade sobre PTS. Ela é construída em Projetos Terapêuticos Singulares de médio e/ou longo e, em grande parte, pelo diálogo. Como processo em saúde, possui como pressuposto que se alicerce por meio de relações interdisciplinares. Portanto, a co-responsabilização caracteriza-se como uma postura diferente em relação ao objeto da saúde e é emergente e contraditória à postura especialista comum ao modelo biomédico. Campos (2003) desenvolveu a idéia de co-responsabilização como um processo pelo qual as pessoas se incubem de tarefas e são ao mesmo tempo referendadas por outras com outras tarefas e por um projeto que tem que conseguir captar a cumplicidade das pessoas. Por se tratar também do cumprimento dessas tarefas, ela implica na convergência de dados referentes às tarefas o que leva à reflexão, permitindo que as pessoas não percam de vista o projeto durante o tempo de sua consecução. Portanto, a convergência dos dados das tarefas de cada um tem sido de relevante importância para a consecução de Projetos Terapêuticos Singulares e não foi

diferente nesse que aqui se discute. A reflexão que é implicada nesse processo de co-responsabilização deu-se desde a responsabilização do delegado da Conferência, representante das pessoas insatisfeitas com as relações com Rosa, em divulgar a primeira reunião no patrimônio, passando pela disposição dos participantes da reunião em comparecer, discutir e analisar o PTS, envolvendo-se direta ou indiretamente a essa construção até a constante comunicação entre a assistente social do Poder Judiciário, técnicos da saúde mental e da ESF, Rosa e pessoas do território, principalmente Luzia, seja por meio de visitas a Rosa e Luzia, seja por telefonemas entre técnicos das equipes de saúde e Poder Judiciário.

2.2.6 – Reavaliação

A partir do estabelecimento do contrato por meio do processo de reuniões descrito acima, o PTS necessitou de uma reavaliação, pois novas relações foram criadas, mudando sua natureza e demandando novas ações. A partir da reavaliação, a equipe do CAPS, juntamente com a ESF e o poder judiciário, previu que a construção da relação entre Rosa e Luzia demandaria a mediação de conflitos afetivos entre elas além da reorganização do serviço de saúde mental no sentido de criar condições para que membros de sua equipe pudessem visitá-las semanalmente.

2.3 - O Projeto Terapêutico Singular se desdobrando: sua complexidade

O desenvolvimento dessa história passou a ter características específicas depois do contrato feito em torno do PTS de Rosa. Essa parte do PTS se desenvolveu a partir de sua reavaliação e foi exposta usando os momentos trabalhados por Carvalho e Cunha (2007). É importante salientar que há uma continuidade entre esses dois momentos da discussão, caracterizando o aspecto dinâmico de um PTS. Com o intuito de evidenciar esse aspecto, os tópicos abaixo são considerados desdobramentos.

A partir desse ponto ficam claras cenas a respeito de alguns personagens desse enredo; ponto a se deixar claro é que a discussão é feita a partir do que vivenciou o pesquisador com as pessoas e processos envolvidos e não a partir do que essas pessoas vivenciaram.

2.3.1 – Diagnóstico (desdobramento)

O diagnóstico nesse momento manteve-se praticamente o mesmo em comparação ao primeiro acima exposto e esse tópico foi mantido com a intenção de mostrar a lógica proposta por Carvalho e Cunha (2007) para se entender um PTS. A única e substancial diferença foi a disposição da moradora Luzia em se tornar a “referência para Rosa” e a essa disposição foi necessário acrescentar ações técnicas para colocar em andamento o PTS que foram definidas a partir das novas metas.

2.3.2 - Definição de metas e divisão de responsabilidades (desdobramento)

A partir do contrato feito, Rosa passou a ter Luzia como referência. Isso, na prática começou a ocorrer da seguinte maneira: Rosa ia à casa de Luzia a procura de comida e cigarro, pela manhã, pela tarde, pela noite e pela madrugada. Entrava em sua casa sem permissão; quando se apontava um limite ela se tornava “arredia”. Criando, assim, condições quase insuportáveis a Luzia e sua família de manter o contrato com o PTS. Além disso, os delírios de Rosa dificultavam sua inserção nas relações sociais com Luzia e com os demais moradores do patrimônio. Incluir essa diferença na sociedade ao invés de tentar tamponá-la trata-se de um processo difícil, pois envolve mudanças culturais.

A necessidade de inscrição social por meio de uma explicação ou fim da “bizarrice” de Rosa chegou a tal ponto de, por diversas vezes, pedirem que ela fosse internada como solução da insistente falta de explicações e limites para a “bizarrice”; a insistência deu-se pelo fato de Rosa não adequar-se aos padrões de vida daquele patrimônio. A junção dessa demanda de adequação com a demanda de ações novas de cuidado em saúde foi a condição de possibilidade da criação desse PTS. Nesse sentido, foi curioso notar que toda a complexa rede social necessária para a realização desse PTS, integrando os serviços e os tratamentos clínico-orgânico de Rosa (feitos até em outra cidade), atenção básica (feito por meio da ESF) e saúde mental (feito por via do CAPS) foi construída mais por uma demanda social de todos esses personagens e menos por Rosa.

Tendo em vista a tensão entre a adequação de Rosa aos padrões do patrimônio e a criação de novas formas de cuidado em saúde mental é que se discutiram as próximas metas e a nova divisão de responsabilidades no PTS em questão. As metas traçadas foram:

- a criação de uma relação afetiva estável entre Rosa e Luzia de forma a manter Luzia como referência de Rosa;
- a regulação do tratamento medicamentoso;
- suporte de informações e de acolhimento à Luzia para se adequar à sua nova responsabilidade.

As tarefas divididas, entre a equipe do CAPS, da ESF, Poder Judiciário, Rosa e Luzia, para alcançar essas metas foram, respectivamente:

- mediação, desde que demandada, de possíveis conflitos entre Rosa e Luzia e entre Luzia e outros moradores que não aceitavam o PTS, por meio de visitas semanais ao patrimônio por parte do psicólogo do CAPS;
- orientação e supervisão semanal, da enfermeira e do psicólogo do CAPS, para Luzia em relação à medicação de Rosa; acompanhamento psiquiátrico mensal.
- visitas semanais para Luzia e Rosa com o objetivo de acolher os sofrimentos envolvidos na nova relação e suas consequências por parte do psicólogo do CAPS e da assistente social do Poder Judiciário.

2.3.3 - *Negociações (desdobramento)*

Todas as cenas discutidas se formaram por um longo processo de reflexão e tomada de decisão sobre relações: reflexão sobre sentimentos vividos pelos membros do patrimônio frente a Rosa e dela em relação a eles; tomada de decisão entre a adequar Rosa ao estilo de vida comum às pessoas do patrimônio e a aceitação, por parte dos moradores, da peculiar forma de Rosa viver seus afetos. Essa temática norteou as negociações feitas entre os técnicos envolvidos (psicólogo do CAPS, agente comunitária da ESF e assistente social do fórum) juntamente à Rosa e Luzia e serviu de um exemplo vivo de um embate envolvendo uma mudança cultural e não apenas ambiental e de organização social daquele território, pois esperaram-se e viram-se mudanças na forma de lidar com a loucura dessas diversas pessoas envolvidas.

A negociação foi o processo mais longo desse novo PTS, pois os conflitos entre Rosa e Luzia e entre essa última e outros moradores foram frequentes nos primeiros três meses.

Pode-se dizer que Rosa participou dessa negociação, pois recebia informações diretas dos passos desse processo integralmente por meio da assistente social do Poder Judiciário. Em todas as suas visitas, ela conversou com Rosa e a informou que se

discutia sobre seu PTS. A relação de Rosa com essa profissional foi de confiança desde o início; mesmo nos momentos em que ela “apedrejava” a todos, aceitou conversar e esperou os próximos avisos da assistente social. Por esses motivos é que se caracterizou acima que seu alheamento é aparente, pois ela conseguiu acompanhar de uma maneira muito peculiar o seu PTS. Essa mediação de informações com Rosa foi também realizada por um dos psicólogos do CAPS, mas de forma intermitente devido aos momentos de tensão entre esse técnico e Rosa, que, às vezes, o expulsava ou não aceitava suas visitas.

A negociação com Luzia caracterizou-se como mais complexa, pois por diversas vezes ela ficou entre continuar a ser a “referência” de Rosa ou desistir. Essa tensão foi evidente quanto ficava entre o sentimento de desaforo e a atitude de desprendimento frente aos xingamentos de Rosa por não lhe dar cigarros ou não lhe deixar entrar em sua casa a hora que ela queria e como bem entendia. Ao longo das primeiras visitas, Luzia relatou cansaço frente a esses acontecimentos, mas depois conseguiu certo distanciamento afetivo em relação aos xingamentos e prosseguiu na tentativa de continuar com o contrato firmado com toda aquela rede em roda. Resumindo, com suas palavras: “Nem ligo mais quando ela xinga; sei que daqui a pouco ela me pede desculpas ou age como se nada tivesse acontecido”.

Outro fator que tornou mais complexas as negociações com Luzia foi que, a partir do segundo mês de tentativa das ações planejadas, a situação tornou-se mais complexa, não pela tensão existente nas relações com Rosa, mas pelo aparecimento de outros agravantes clínicos: descobriram-se doenças infecto-contagiosas graves em Rosa. O desafio à integralidade aumentou, pois:

- em primeiro lugar, doenças, agravos ou riscos não escolhem hora e nem dia para ocorrerem; elas agenciam outras conexões em um PTS, modificando sua natureza. Evidenciou-se esse desafio, na fala de Luzia: “acho que vou desistir, pois eu achava que era só dar o remédio da cabeça, mas agora apareceram essas doenças e eu estou correndo risco (referindo-se à contaminação)”. A saúde mental objetivo da ação territorial (de Rosa, de Luzia, dos profissionais e do território) dependia do tratamento dessas doenças e do entrelaçamento desses tratamentos. E o que falar do risco de epidemia das doenças clínicas de Rosa que tinham seu poder de contágio? O PTS contou, nesse momento, com uma palestra sobre essas doenças e com o incentivo aos moradores a fazerem exame de sangue para detectá-la ou não. Como afirmam Vasconcelos e Pasche (2007) acerca da integralidade como um plano continuado com

objetivos de promover e proteger as condições de saúde de um determinado grupo de pessoas além de curar e reabilitar quando necessário. O PTS de Rosa, como já refletido acima, tratou-se de um plano que não possuía um fim previsto. Ao longo de sua construção (que ainda se dá) outros problemas surgiram, gerando outras metas e outras divisões de responsabilidade, o que está intimamente ligado à integralidade, pois para Campos (2000) um atendimento, para ser integral, também não deverá se preocupar apenas com aspectos sociais ou somente com aspectos referentes à constituição subjetiva. Na singularidade dos casos, a integralidade aplica-se para analisar os fatores sociais, subjetivos e biológicos, para reconhecer as necessidades e possibilidades e para agir junto a elas.

- em segundo lugar, para a construção de um atendimento integral nesse PTS, foi demandada a conexão de cuidados não só à Rosa, mas também a Luzia, outras pessoas do território e profissionais envolvidos. As ações que surgiram nesse ponto da trajetória estabeleceram um apoio semanal por parte de um profissional da saúde mental e da assistente social do Poder Judiciário para que Luzia pudesse discutir, refletir, analisar e tomar decisões sobre as dificuldades que conhecia em seu processo de se tornar a “referência de Rosa”. O objetivo desse apoio foi oportunizar à Luzia um momento parecido com uma reunião de equipe por meio da qual os profissionais têm a possibilidade de discutir um caso e um PTS a partir das contradições envolvidas em seu processo, permitindo um suporte para metabolizar essas contradições em ações de cuidado promotoras de saúde, não tutelares ou coercitivas. No caso de Luzia, tratou-se de uma oportunidade de ela metabolizar as tensões afetivas com relação à Rosa e as tensões que se envolviam na mudança de seu cotidiano. Luzia sentiu que algumas pessoas lhe viraram a cara pela iniciativa que tomou; o aparecimento de doenças contagiosas lhe gerou muita insegurança; seu emprego foi colocado em risco com as idas de Rosa à casa onde trabalhava (o dono da casa possuía desavenças com Rosa). Metabolizar essa tensão em promoção de saúde foi uma tarefa extremamente complexa e essa temática norteou toda a negociação com Luzia, necessitando de informá-la sobre riscos e tabus referentes às doenças em questão e mostrando a ela que, apesar das dificuldades, Rosa era uma pessoa como qualquer outro e que um tratamento adequado possibilitaria uma vida saudável. Convém ressaltar que esse exercício com Luzia permitiu também aos profissionais envolvidos a superarem a tensão entre construir novas formas de cuidado ou aplicar procedimentos já previstos no arcabouço das práticas medicalizantes.

2.3.4 - Reavaliação (desdobramento)

As configurações relacionais que se configuraram durante o segundo semestre de 2008, apresentam estáveis. Convém ressaltar que essa estabilidade não foi experimentada, pelos técnicos envolvidos desde 2006 nesse PTS, por tempo tão longo. Rosa comparece ao serviço intermitentemente; ela aceita tomar a medicação que Luzia passou a controlar; ela aceita (por um processo de muitos meses com os mesmos conflitos) a regulação de Luzia em relação ao seu cigarro com a justificativa de que se fumasse o tanto que quisesse não haveria dinheiro para comprar tantos cigarros; ela aceita a visita do psicólogo quinzenalmente. Ela passou a aceitar as diversas consultas que passa a ter pelas complicações clínicas (antes não aceitava uma consulta psiquiátrica mensal); aceita também o tratamento cheio de exames e novas medicações devido a essas doenças. Há sete meses não há relatos contundentes de conflitos entre Rosa e demais moradores do que decorre um reposicionamento dos moradores insatisfeitos em relação à Rosa. Por fim, Luzia diz: “tomei o controle da situação”. Disso não se deduziu um reposicionamento subjetivo de Rosa em relação ao seu sofrimento. Todavia, uma característica nova chamou a atenção da equipe do CAPS e de Luzia e faz cogitar um reposicionamento de Rosa frente ao seu sofrimento: ela passou a cuidar de suas coisas, suas roupas, sua cômoda nova, seu quarto, suas bolsas e roupas novas, seu banheiro e sua higiene; passou a lavar suas roupas com a máquina que ganhou de Luzia. Rosa também estabeleceu um tipo de afeto com as pessoas diferente do vivenciado e apresentado por ela desde o início de 2006. Antes, frente aos movimentos de cuidado (sejam profissionais sejam de conteúdo de caridade) ela destruiu os objetos e relações envolvidas nesses cuidados e isso não se deu por falta de habilidade de cuidar dessas coisas, mas sim de uma postura subjetiva. Com isso, percebeu-se que as relações possíveis para Rosa se expandiram além daquela que ela tinha com seu quarto e sua cama. O cuidado que ela passou a demonstrar frente às relações e às coisas é de alguém que incorporou essas relações e essas coisas em seu mundo e em sua vida. As mudanças de Rosa bem como dos moradores do patrimônio (de Rosa e dos que eram contra o PTS) podem ser consideradas culturais como se prevê as práticas no Modo Psicossocial que além da supressão sintomática, objetivam também o reposicionamento subjetivo e sociocultural de implicação na construção de relações intersubjetivas horizontais.

Capítulo V - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa experiência aqui relatada e discutida, na trama em que se insere, caracterizou-se como uma estratégia que, em paralelo a diversas outras, objetivou a construção de um modelo de atenção à saúde coerente com os princípios do SUS. Próxima à forma como a rede, na qual se inseriu, organiza-se, essa experiência se torna isolada e com repercussões positivas pontuais (daquilo que se espera das estratégias Centro de Atenção Psicossocial e Saúde da Família e da relação entre elas), ou seja, com repercussões de pouco alcance na re-orientação do modelo assistencial municipal, mas existentes, como o foi na trajetória desse PTS.

Como ponto essencial do Apoio Matricial e também a experiência aqui relatada ressalta-se a forte tensão que faz em relação à hierarquização preconizada pelo SUS, influência do modelo Preventivo-Comunitário. Essa tensão ocorre tanto no nível da organização da assistência, pois propõe um arranjo organizacional que rompe com a posição piramidal dos níveis de especialidade. A falsa ligação entre a tecnologia usada e a complexidade da ação construiu a pirâmide de complexidade crescente da atenção básica à atenção hospitalar. Todavia, o Apoio Matricial tensiona essa relação, pois estabelece que as ações surgidas desse arranjo são mais complexas do que ações surgidas em arranjos mais verticalizados característicos nas gestões hospitalares que, ao invés de se alicerçarem com ações de alta complexidade, alicerçam-se num arranjo de alta tecnologia.

Por sua base, o nome dado a essa experiência foi “UMA EXPERIÊNCIA BASEADA NO APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL: ESTRATÉGIA PARA UM ATENDIMENTO INTEGRAL”. Recebeu esse nome, pois não se tratou efetivamente desse arranjo já que não se estendia ou englobava todos os serviços de saúde municipal, ou seja, não se tratou de um arranjo estratégico de mudança de modelo assistencial, pois antes foi uma iniciativa isolada. De qualquer maneira possibilitou um arranjo que, mesmo que isolado, caracterizou-se como potencializador de espaços democráticos de gestão dos processos de trabalho nas equipes e patrimônio envolvidos e, como facilitador de uma rede interdisciplinar de apoio à construção de atendimento integral, pois, para que o PTS de Rosa pudesse ser construído, sempre foi proposto e rediscutido junto à equipe da ESF de referência e adequado de acordo com suas práticas e processos de trabalho. Sobre essas reuniões, é importante salientar que a experiência

baseada no Apoio Matricial ativou espaços de comunicação e compartilhamento de conhecimentos que agregou saberes específicos ao conhecimento da Equipe de Referência e colaborou na resolução de problemas de saúde e que esse é um resultado esperado do Apoio Matricial. O PTS de Rosa e as reuniões de equipe entre profissionais da saúde mental e da ESF permitiram a essa equipe tornar-se a referência de Rosa, agendando-lhe o transporte para as consultas fora do município, entregando a medicação para Luzia e mediando conflitos relacionais entre Rosa e outros moradores. As informações da agente comunitária sobre o estado de saúde física e mental de Rosa tiveram a mesma importância do que as informações colhidas por um profissional de saúde mental, ou seja, as reuniões com a equipe de ESF, bem como a construção do PTS de Rosa de forma coletiva, possibilitou a horizontalização do poder entre as disciplinas e entre os diferentes conhecimentos acerca do processo saúde-doença em questão.

Além disso, como vimos na trajetória do PTS, construíram-se laços sociais entre profissionais e pessoas do território adscrito à ESF que extrapolaram a relação “médico-paciente” para uma relação de co-responsabilização de um cuidado em saúde; relações que extrapolaram as gastas palavras comuns aos prontuários. Também permitiu uma troca de conhecimentos entre todos os atores envolvidos e reposicionamentos afetivos, profissionais e sociais. No processo aqui descrito e discutido, vislumbrou-se um reposicionamento subjetivo não só de Rosa, mas de todos os envolvidos, pois uma grande loucura está habitando em um lugar onde antes nunca pôde estar: a loucura de Rosa em insistir num lugar onde não a queriam; a loucura de Luzia em aceitar essa grande demanda; a loucura de uma equipe de saúde acreditando em algo que não existe (integralidade e novas formas de cuidado que substituam o Modo Asilar); a loucura de uma assistente social do Poder Judiciário abrindo mão do “poder” que tem para dar um basta em todo o jogo de tensões vivido nesse processo.

Pode-se, com isso, ressaltar o papel do Apoio Matricial como estratégia para a implantação dos princípios do SUS e das orientações da Reforma Psiquiátrica. Analisa-se que nesse processo tanto se criaram novas formas de cuidado quanto se reproduziram algumas medicalizadoras. Outra importância dessa vivência foi a oportunidade que a equipe de saúde mental e de ESF, a assistente do Poder Judiciário, os moradores descontentes e os moradores solidários com a situação, Rosa e Luzia tiveram para

refletir sobre a importância da criação e da reprodução de formas de cuidado de acordo com os objetivos e princípios do SUS.

Como fruto dessa experiência, exposto em uma atual discussão que se configura no município, composta pela equipe de Saúde Mental e a coordenadora da Atenção Básica, acerca do Apoio Matricial, avaliou-se que a equipe da ESF desse distrito passou a acolher de forma mais resolutive os “casos da saúde mental”, ou seja, passaram a acolher as queixas de usuários que choram ou gritam e a tentar esgotar os recursos terapêuticos de que dispõem, inclusive a fala, antes de encaminhar para a especialidade “saúde mental”.

A partir do relato dessa experiência, pode-se perceber a saúde pública enquanto multiplicidade tendo em vista o complexo arranjo de relações necessário para sua composição que atualmente, no Brasil, forma-se em meio à tensão entre os modelos de atenção. Na microdinâmica das relações, evidenciada principalmente pela trajetória do PTS de Rosa, percebe-se como a multiplicidade de relações teceu conexões que modificaram a sua natureza, demandando outras relações de cuidado. Por se caracterizar como multiplicidade, as estratégias propostas pela Reforma Psiquiátrica incluem em suas metodologias e reflexões o caráter dinâmico e integral da saúde. Todavia, de forma geral, essas estratégias (o Apoio Matricial, o Centro de Atenção Psicossocial, a Estratégia Saúde da Família e outras emergentes que não foram aqui apontadas) ocorrem ou isoladas ou, na prática, de maneira paralela uma à outra. O desencontro entre elas dá-se em nível do cotidiano, da prática, pois em essência possuem diversos pontos de convergência. E o grande desafio está em convergi-las no cotidiano. O grande desafio é fazer com que essas diversas estratégias possam ir além das iniciativas isoladas ou da implementação delas na legislação brasileira, ou seja, o grande desafio é torná-las parte de uma ação programática construída coletivamente de tal forma que todas as pessoas que se envolvam, seja porque trabalham no sistema público de saúde, por serem gestores, ou por que se interessam pelo SUS ou porque recorrem a ele para a manutenção da saúde, que todas as pessoas envolvidas consigam aliar, em suas reflexões, tais estratégias com os objetivos do SUS. Isso é possível se essas pessoas fizerem saúde e não esperarem saúde. É possível se os órgãos de gestão democrática (os Conselhos de Saúde, as Conferências de Saúde e os Conselhos Gestores de Saúde) forem de fato abertos e usados pela parcela chamada “usuários do SUS”. É possível se a equipe de gestores territoriais de fato usar o poder de seus cargos para facilitarem um

programa de implantação de estratégias emergentes e conectadas entre si. É possível se os arranjos organizacionais facilitarem que o trabalhador da saúde não seja engolido por seu cotidiano de trabalho. É possível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, J. ^a Guilhon. Metáforas da desordem: o contexto social da doença mental. Rio de Janeiro, R.J. Editora Paz e Terra, 1978.

AMARAL, Márcia A. do. Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. *In: Rev. Saúde Pública*, 31 288 (3): 288-95, 1997.

AMARANTE, Paulo. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. *In: História, Ciências e Saúde – Manguinhos ISSN 0104-5970 vol I*. Julho – outubro, 1994. pgs: 61-77.

AMARANTE, Paulo. Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, Paulo. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Amarante, P.D de Carvalho, Rio de Janeiro, RJ. Editora Fiocruz, 1996.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro; BUENO, Ivana Cristina de Holanda Cunha e BEZERRA, Roberto Cláudio. Atenção Primária à saúde e estratégia saúde da família. *In: Campos, G.W.S [et al] (org.) Tratado de Saúde Coletiva*, São Paulo - Editora Hucitec, Rio de Janeiro – Ed. Fiocruz, 2007.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita; CALAZANS, Gabriela Junqueira; FILHO, Heraldo César Saletti e FRANÇA-JÚNIOR, Ivan. Risco, Vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção de saúde. *In: Campos, G.W.S [et al] (org.) Tratado de Saúde Coletiva*, São Paulo - Editora Hucitec, Rio de Janeiro – Ed. Fiocruz, 2007.

BARROS, Maria Elizabeth Barros de e LUCERO, Nelson Alves A pesquisa em psicologia: construindo outros planos de análise. *In: Psicol. Soc.*, Ago 2005, vol.17, no.2, p.7-13. ISSN 0102-.

BASAGLIA, Franco. A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro – Editora Graal. 1985.

BENEVIDES, Regina e PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo? *In: Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.9, n.17, p.389-406, mar/ago 2005.

BIRMAN, Joel e COSTA, Jurandir Freire. Organização de instituições para uma Psiquiatria Comunitária. *In: Amarante, Paulo (org) Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*, Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 1994.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, 5 de outubro de 1988. - disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm - acessado em 10 de dezembro de 2008.

BRASIL. Portaria 648/GM, de 28 de março de 2006 - disponível em <http://www.cebep.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate_n58.pdf#page=14> - acessado em 30 de julho de 2008.

BRASIL. Portaria SAS/Nº 224, de 29 de janeiro de 1992- disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/saude-mental/PORTARIA_224.pdf> - acessado em 30 de julho de 2008.

BRASIL. Portaria n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002 – disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>> acessado em 30 de julho de 2008.

BRASIL. Lei 8.080 de 19 de Setembro de 1990 – disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>, acessado em 05 de dezembro de 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica, nº 01/03 “Saúde Mental E Atenção Básica O Vínculo E O Diálogo Necessários Inclusão Das Ações De Saúde Mental Na Atenção Básica” disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>, acessado em 12 de dezembro de 2008.

BRÊDA , Mércia Zeviani e AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. *In: Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2):471-480, 2001.

CABRAL, Bárbara; LUCENA, Marcela; OLIVEIRA, Maria; GOUVEIA, Marta; FREITAS, Patrícia; PEREIRA, Sérgia & CÂMARA, Suely. Estação comunidade. *In: Saúde Loucura: saúde mental e saúde da família*. Editora Hucitec, Campo Belo, São Paulo, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde Pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *In: Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2): 219 - 230, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde Paidéia. São Paulo, Editora: Hucitec, 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. A reforma da reforma: repensando a saúde. 3º edição, São Paulo, Editora Hucitec, 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Clínica e saúde coletiva compartilhadas. *In: Campos, G.W.S [et al] (org.) Tratado de Saúde Coletiva*, São Paulo - Editora Hucitec, Rio de Janeiro – Ed. Fiocruz, 2007.

CAMPOS, Rosana T. Onocko e Campos, Gastão Wagner de Souza. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. *In: Campos, G.W.S [et al] (org.) Tratado de Saúde Coletiva*, São Paulo - Editora Hucitec, Rio de Janeiro – Ed. Fiocruz, 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2):393-403, 1999 – disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81231999000200013&script=sci_arttext&tlng=pt> - acessado em 30 de julho de 2008.

Carta de Ottawa escrita na Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção Da Saúde Ottawa, novembro de 1986 – disponível em <www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf> - acessado em 30 de julho de 2008.

CARVALHO, B. G., MARTIN, G. B. e CORDONI Jr. A organização do sistema de saúde no Brasil. In ANDRADE, S. M., SOARES, D. A. e CORDONI JR. L. (org) *Bases da saúde coletiva*. Londrina/Rio de Janeiro: Ed. UEL/ABRASCO, 2001. pgs 27-59.

CARVALHO, Sérgio Resende e CUNHA, Gustavo Tenório. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: Campos, G.W.S [et al] (org.) *Tratado de Saúde Coletiva*, São Paulo - Editora Hucitec, Rio de Janeiro – Ed. Fiocruz, 2007.

CASE, Vânia. Saúde mental e sua interface com o programa de saúde da família: quatro anos de experiência em Camaragibe. In: *Saúde Loucura: saúde mental e saúde da família*. Campo Belo, São Paulo - Editora Hucitec, 2000.

COHN, Amélia. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: Campos, G.W.S [et al] (org.) *Tratado de Saúde Coletiva*, São Paulo - Editora Hucitec, Rio de Janeiro – Ed. Fiocruz, 2007.

COSTA-ROSA, Abílio da. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asilar. In: *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Org: Paulo Amarante – Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2000. pgs:141-168.

COSTA-ROSA, Abílio. STRINGHETA, Luciana Von Há de O. O Grupo Intercessor: Saber e conhecimento da práxis “psi” na atenção básica de saúde. In: Elizabeth Piemonte Constantino. (Org.). *Percursos da pesquisa qualitativa em Psicologia*. São Paulo: Arte e Ciência, 2007, v. , p. 145-161.

COSTA-ROSA, A. da, LUZIO, C. A. e YASUI, S. As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as Premissas do Modo Psicossocial In: *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 12-25, maio/ago. 2001 – disponível em <http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate_n58.pdf#page=14>. acessado em 30 de julho de 2008.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA escrito na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários De Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978 – disponível em <www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>, acessado em 30 de julho de 2008.

DELEUZE, Gilles. Foucault. São Paulo: Brasiliense, 1988.

DELEUZE, Gilles e Guattari, Félix. Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia. vol. 1 / tradução de Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa – São Paulo: Ed. 34, 1995.

DELL'ACQUA, Giuseppe. e MEZZINA, Roberto. Resposta a crise. In Delgado, Jaques (org.) *A loucura na sala de jantar*. São Paulo. Editora Resenha, s/d.

DICIONÁRIO AULETE DIGITAL. Desenvolvido por Lexikon, 2007. Disponível em <<http://www.lendo.org/4-dicionarios-de-lingua-portuguesa-para-download-gratis/>>, acessado em 12 de dezembro de 2008.

DOMITTI, Ana Carla e CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. In: *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz 23(2):399-407, fev, 2007.

FERREIRA, Ricardo Franklin; CALVOSO, Genilda Garcia e GONZÁLES, Carlos Batista Lopes. Caminhos da Pesquisa e a Contemporaneidade, In: *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2002, 15(2), pp. 243-250.

FRANÇA, S.A.M. Diálogos com as práticas de saúde mental desenvolvidas na rede de saúde pública. São Paulo: PCU, 1994.

FRANCO, Túlio Batista e MAGALHÃES, Helvécio Miranda Júnior. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy, E.E.; Franco, T.B. et al “*O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*”. São Paulo, Hucitec, 2003. pgs: 128 a 134.

FOUCAULT, Michel. O que é iluminismo. Em: Novaes, Adauto. O Dossier. Rio de Janeiro. Livraria Laurus Editora. 1984.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da clínica; tradução de Roberto Machado – 6 ed. – Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

GIL, Antônio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social – 5º edição – São Paulo: Atlas, 1999.

GONÇALVES, Paulo Logullo. A unidade de referência e a equipe volante. In: *Saúde Loucura: saúde mental e saúde da família (vol. 7)*, Lancetti, Antônio (org). Editora Hucitec, 2001, São Paulo, SP.

GOUVEIA, Roberto. Saúde Pública, Suprema Lei: a nova legislação para a conquista da saúde. São Paulo, Mandacaru, 2000.

IYDA, Massako. Cem anos de Saúde Pública: a cidadania negada. São Paulo, Editora Unesp, 1994.

KUHN T.S. A estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Perspectiva; 1995.

LANCETTI, Antônio e AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: Campos, G.W.S [et al] (org.) *Tratado de Saúde Coletiva*, São Paulo - Editora Hucitec, Rio de Janeiro – Ed. Fiocruz, 2007.

LOBOSQUE, Ana Marta. Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos. São Paulo, Editora Hucitec, 1997.

LOURAU, Rene. O instituinte contra o instituído. Em: Altoé, Sônia (org). Rene Lourau: analista institucional em tempo integral. São Paulo, Editora HUCITEC, 2004.

MASCARENHAS, Mônica T. Machado e ALMEIDA, Célia. O Programa Médico de Família de Niterói (PMFN): uma agenda para reflexão In: *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 82-102, jan./abr. 2002.

MATTOS, Ruben Araújo. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Org.: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araújo Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2006.

MENEZES, Mardônio Parente. A Psiquiatria na Atenção Psicossocial: entre o luto e a liberdade. In: *Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva* / ISSN 1413-8123 disponível em http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1535 – acessado em 30 de julho de 2008.

MERHY, Emerson Elias. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2):305-314, 1999.

MERHY, Emerson Elias. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2º edição, São Paulo. Editora Hucitec, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8º ed – São Paulo: HUCITEC, 2004.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: Campos, G.W.S [et al] (org.) *Tratado de Saúde Coletiva*, São Paulo - Editora Hucitec, Rio de Janeiro – Ed. Fiocruz, 2007.

PAIM, Jairnilson e FILHO, Naomar de Almeida. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? In: *Revista de Saúde Pública*, Vol: 32, número:4, junho de 1998 (p. 299-316).

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra.; BARCELLOS, Christovam. *O território no programa de saúde da família*. Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde (Hygeia), Minas Gerais, v.2, n.2, p.47-55, 2006. Disponível em <<http://www.hygeia.ig.ufu.br/>> - acessado em 30 de julho de 2008.

PINHEIRO, Roseni. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: *Os sentidos da*

integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Org.: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araújo Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2006.

PINHEIRO, Roseni. LUZ, Madel Therezinha. Práticas Eficazes x Modelos Ideais: Ação e Pensamento na Construção da Integralidade. In: *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2003. p. 7-34.

QUINET, Antônio. Psicose e laço social: esquizofrenia, paranóia e melancolia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006.

RAUTER, C. Oficinas. Para quê?: uma proposta ético-estético política para oficinas terapêuticas. Em: Amarante, Paulo (org). Ensaio: subjetividade, Saúde Mental e Sociedade. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2000.

RESENDE, Heitor. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. Em: Tundis & Costa (orgs). Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil. Editora Vozes, Petrópolis, RJ. 2000

REY, Fernando Luis González. Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios. Tradução: Marcel Aristides Ferrada Silva; revisão técnica: Fernando Luis González Rey - São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

RIBEIRO, P. R. M. Saúde Mental: dimensão histórica e campos de atuação. São Paulo: EPU, 1996.

ROSEN, Geoge. Uma história da saúde pública. São Paulo: HUCITEC: editora Unesp, 1994.

SANTOS, M.J.V. História Geral: 1º grau. São Paulo, Ática, 1978.

SARACENO, Benedito. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. Em: Ana Pitta (org.). Reabilitação Psicossocial no Brasil. Editora Hucitec, São Paulo, S.P. 2001.

SARAIVA, Sonia Augusta Leitão. Implantação do modelo de apoio matricial em saúde mental no Município de Florianópolis – SC. In. *III Mostra Nacional de produção em Saúde da Família: trabalhos premiados* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. xx p. : il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

SCÓZ, T.M.X.; FENILI, R.M. - Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no programa de saúde da família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 5 n. 2 p. 71 – 77, 2003. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista>.

SENGER, Igor; PAÇO-CUNHA, Elcemir e SENGGER, Carine Maria. O Estudo de caso como estratégia metodológica de pesquisas científicas em administração: um roteiro para o estudo metodológico In: *Revista de Administração*. - v. 2, n. 3, (ago. 2004). Frederico Westphalen, Ed. URI, 2003, pgs: 93 a 116.

SILVA FILHO, João Ferreira. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. *In: Tundis & Costa (orgs). Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis, RJ - Editora Vozes, 2000.

STROILI, Maria Helena Melhado. Saúde mental na formação do psicólogo. *In: DOSSIÊ Área temática: Ensino de Psicologia “Diálogos sobre a Docência em Psicologia”*. © ETD – **Educação Temática Digital, Campinas**, v.8, n.2, p.278-294, jun. 2007 – ISSN: 1676-2592. pgs: 278 a 294.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi e LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith. Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental. *In: Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(9):1845-1853, set, 2006.

VASCONCELOS, Cipriano Maia e PASCE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. *In: Campos, G.W.S [et al] (org.) Tratado de Saúde Coletiva*, São Paulo - Editora Hucitec, Rio de Janeiro – Ed. Fiocruz, 2007.

WESTPHAL, Márcia Faria. Promoção de saúde e prevenção de doenças. *In: Campos, G.W.S [et al] (org.) Tratado de Saúde Coletiva*, São Paulo - Editora Hucitec, Rio de Janeiro – Ed. Fiocruz, 2007.